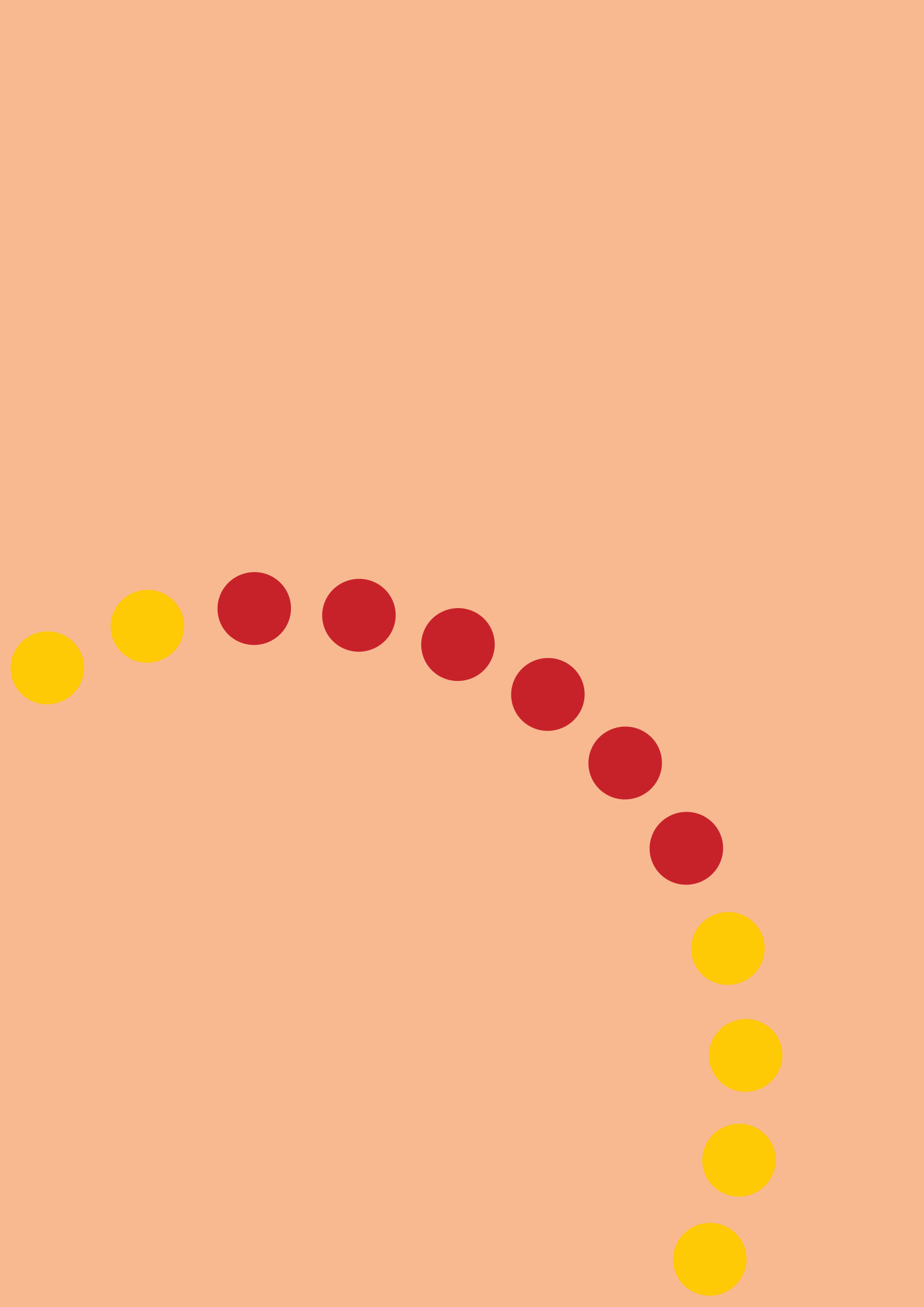


GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE : EXPÉRIENCE DE POPULATIONS NOMADES ET SÉDENTAIRES DU NIGER

ÉTUDE





Gestion de l'hygiène menstruelle : expérience de populations nomades et sédentaires du Niger

Régions de Maradi, Tahoua, Tillabéri, et Zinder





UNIVERSITE DE YAOUNDE II

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES (IFORD)

La présente étude s'inscrit dans le cadre du Programme Conjoint Genre, Hygiène et Assainissement.
Elle est le résultat d'une collaboration fructueuse entre le WSSCC, l'ONU Femmes et l'IFORD.
Les données ont été collectées par l'équipe de chercheurs de l'Institut et ne sauraient engager la responsabilité du WSSCC ou d'ONU Femmes.

Equipe de recherche

Coordinateur scientifique

Pr Honoré Mimche, sociologue

Chercheur principal

Dr Blaise Nguendo Yongsy, épidémiologue

Chercheurs assistants

Dr Moïse Tamekem Ngoutsop, sociologue

Maxime Tiembou Noumeni, démographe

Revue critique

Rockaya Aidara, spécialiste en politiques publiques

Dr Mbarou Gassama Mbaye, économiste

Remerciements

Nous voulons témoigner notre gratitude aux institutions et personnes-ressources suivantes :

- le WSSCC pour le financement de la présente étude ;
- l'équipe du bureau ONU Femmes de Niamey, notamment Mmes Beatrice Eyong et Maimouna Seyni, pour leur chaleureux accueil et appui au bon déroulement des activités de terrain ;
- l'équipe du WSSCC à Genève, notamment Mme Archana Patkar et Mr Anthony Dedouche pour l'appui technique notamment en termes de méthodologie et d'expérience sur le sujet d'étude, ainsi que les différents intervenants dans l'édition, la traduction, le design et la publication de la présente étude ;
- Mr Souley Abdoulaye du laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local LASDEL et le centre de recherche action par la médiation sociale CRAMS au Niger, pour les facilitations accordées lors de la phase opérationnelle de cette étude ;
- les populations des localités visitées, à travers les autorités administratives et coutumières et religieuses, ainsi que les élus locaux, qui n'ont pas hésité à recevoir les équipes d'enquêtes et à leur fournir les informations recherchées ;
- les femmes, les filles, les hommes et les garçons participants pour leur disponibilité et participation active et volontaire à cette étude ;
- et l'équipe des enquêtrices et des enquêteurs qui a procédé à la collecte des informations.

Le programme conjoint Genre, Hygiène et Assainissement est mis en oeuvre dans trois pays pilotes de l'Afrique de l'ouest et du centre: le Cameroun, le Niger et le Sénégal.

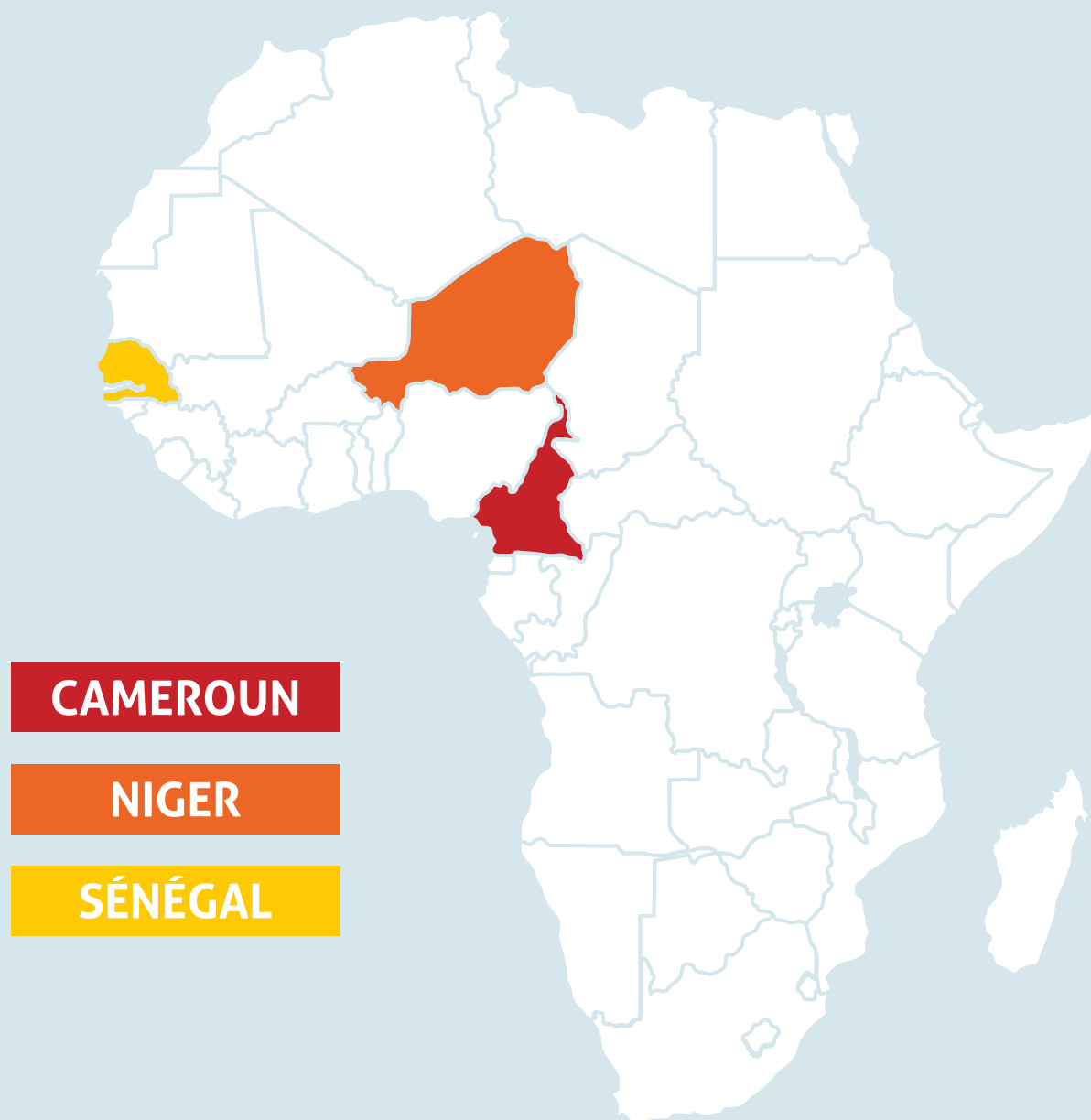


TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION	13
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	14
2.1 Objectif général	14
2.2 Objectifs spécifiques	14
3. RÉSULTATS ATTENDUS	14
4. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	14
4.1 Définition des concepts clés	14
4.2 Zone d'étude et populations cibles	15
4.3 Démarche	16
4.3.1 Volet quantitatif	16
4.3.2 Volet qualitatif	17
5. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	19
6. STRUCTURATION DU RAPPORT	19
CHAPITRE 1 : CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ENQUÊTÉES	21
1.1 Caractéristiques démographiques et économiques	21
1.1.1 Une prédominance de la gent féminine	21
1.1.2 Une prépondérance des jeunes et des jeunes adultes	21
1.1.3 Des répondants majoritairement ruraux	21
1.1.4 Une population plus sédentaire que nomade	22
1.1.5 Des enquêtés majoritairement célibataires	22
1.1.6 Des répondants actifs dans le secteur primaire	22
1.2 Caractéristiques socioculturelles	22
1.2.1 Une population des enquêtés majoritairement musulmane	22
1.2.2 Un niveau de scolarisation peu élevé	23
CHAPITRE 2 : ÉTAT DES LIEUX DES INFRASTRUCTURES WASH	25
2.1 Un niveau de présence des infrastructures peu marqué dans les communautés	25
2.1.1 Un recours relativement élevé à de l'eau de puits et des forages	25
2.1.2 Une majorité de latrines	26
2.1.3 Des toilettes relativement opérationnelles	26

2.1.4 Des toilettes et latrines faiblement entretenues	26
2.1.5 Un respect généralisé de la discrétion	28
2.1.6 Des prémices de sécurité	28
2.1.7 L'éloignement des toilettes comme motif d'insécurité	29
2.1.8 Des toilettes faiblement dotées de produits d'hygiène	29
2.1.9 Des toilettes faiblement entretenues et partiellement maintenues	30
2.2 Une insuffisance des infrastructures WASH dans les ménages	31
2.2.1 Des sources d'approvisionnement en eau différentes	31
2.2.2 Un usage différent des toilettes	32
2.2.3 Un nombre élevé d'utilisateurs par toilettes	32
2.2.4 Des toilettes peu propres et peu discrètes	33
2.2.5 Un faible nombre de toilettes munies de portes et de dispositifs de fermeture de l'intérieur	33
2.2.6 Des toilettes garantissant un minimum de sécurité	34
2.2.7 Un minimum de sécurité diversement expliqué	34
2.2.8 Des toilettes disposant de savon	34
2.2.9 Une fréquence plutôt hebdomadaire d'entretien des toilettes	35
2.2.10 Maintenance des toilettes	36
2.2.11 Insuffisance notable des outils de collecte et de gestion des déchets hygiéniques	36

CHAPITRE 3 : **CONNAISSANCES GÉNÉRALES DE LA POPULATION SUR LA GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE** **39**

3.1 Une connaissance approximative des femmes nigériennes sur la GHM	39
3.1.1 Connaissance du cycle menstruel	39
3.1.2 Informations sur les premières règles et conscience de l'occurrence des règles	39
3.1.3 Émotions vécues lors des premières règles	40
3.1.4 Partage d'informations avant et après la survenue des premières règles	40
3.1.5 Une sensibilisation accrue au sujet des règles	41
3.1.6 Participation à des séances de sensibilisation et conseils reçus	42
3.1.7 Une connaissance réelle de l'origine des règles	42
3.1.8 Une bonne connaissance de la durée réelle des règles et du cycle menstruel	42
3.1.9 In fine, une connaissance moyenne de la GHM par les femmes	42
3.2 Une connaissance sommaire des hommes au sujet de la GHM	44
3.2.1 Connaissance des règles et recherche d'information/conseils sur le sujet	44
3.2.2 Types de conseils ou d'informations reçus au sujet des menstrues	45
3.2.3 Partage d'informations au sujet des menstrues	45
3.2.4 Raisons pour lesquelles les femmes ont des menstrues	46
3.2.5 Une assez bonne connaissance de la durée des règles et du cycle menstruel	46
3.2.6 Une connaissance vague de la GHM chez les hommes	47

3.3 Profil des femmes et des hommes en matière de connaissance de la GHM	48
3.3.1 Profil des femmes possédant une connaissance faible ou moyenne en matière de GHM	48
3.3.2 Profil des hommes possédant une faible connaissance en matière de GHM	48
CHAPITRE 4 : PRATIQUES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS EN MATIÈRE D'HYGIÈNE MENSTRUELLE	51
4.1 Des pratiques de gestion des menstrues et d'élimination des déchets à améliorer	51
4.1.1 Des matériels de protection divers mais dominés par les serviettes hygiéniques jetables	51
4.1.2 De l'eau et du savon pour laver les protections réutilisables	52
4.1.3 Le lavage des mains: une pratique généralisée lors du changement des matériels de protection	52
4.1.4 Le trempage des protections en tissu et coton: une pratique courante	52
4.1.5 Les toilettes et autres pièces de la maison comme lieux privilégiés de séchage des protections en tissu et coton	53
4.1.6 Discrétion et croyances autour du séchage des protections en tissu et coton	53
4.1.7 Une bonne tendance au port des sous-vêtements pendant les menstrues	54
4.1.8 Une faible fréquence de changement des sous-vêtements	54
4.1.9 Le lavage de la vulve pendant les règles: une pratique ignorée	55
4.2 Profil des femmes ayant de mauvaises pratiques d'hygiène menstruelle	55
4.3 Attitudes et perceptions des hommes	56
CHAPITRE 5 : BARRIÈRES SOCIALES, CULTURELLES ET PHYSIQUES À UNE BONNE GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE	59
5.1 Une persistance des croyances et tabous autour de la GHM dans la population	59
5.1.1 Des femmes plus exposées aux croyances et tabous autour de la GHM	59
5.1.2 Croyances et tabous des hommes sur les menstruations	62
5.2 Types de difficultés rencontrées dans la GHM	66
5.2.1 Difficultés d'ordre économique	66
5.2.2 Difficultés d'ordre environnemental ou barrières physiques	66
CHAPITRE 6 : PROBLÈMES DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS LORS DES MENSTRUATIONS	69
6.1 Des problèmes de santé dominés par la fièvre, la fatigue et le stress	69
6.2 Recours en cas de problèmes de santé dus aux menstrues	71
6.3 Perceptions liées aux problèmes de santé dus aux menstrues	73
CHAPITRE 7 : IMPACT DES MENSTRUES SUR LE VÉCU DES FEMMES	75
7.1 Un niveau d'impact moyennement élevé sur les activités	75
7.2 Diversité des activités manquées	76
7.3 Raisons de ces absences et attitudes durant cette période	76

7.4 Impact des menstrues sur le vécu des filles et femmes	77
7.4.1 Impacts sociaux	77
7.4.2 Impacts psychologiques	77
7.4.3 Impacts économiques	77
CHAPITRE 8 : ÉVALUATION DE LA PRISE EN COMPTE DE LA GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES	79
8.1 Prise en compte de la GHM dans les objectifs de développement du Niger	79
8.2 Prise en compte de la GHM dans les objectifs du Système des Nations Unies au Niger	81
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	83
BIBLIOGRAPHIE	84
LISTE DES TABLEAUX	86
LISTE DES GRAPHIQUES	87
CARTES ET FIGURES	90
ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET SIGLES	91

Garçon

Lorsqu'un garçon grandit, son corps se développe et des changements se produisent. Ces changements prennent place entre 9 et 19 ans.

Cette étape de la vie des garçons s'appelle l'« adolescence ».

À la fin de son **adolescence**, il sera devenu adulte.



10 ans

6 ans

6 ans

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La présente étude sur la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) a été réalisée dans quatre régions du Niger : Maradi, Zinder, Tahoua, et Tillabéri. Elle s'inscrit dans le cadre du programme conjoint du Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement WSSCC et d'ONU Femmes « Genre, Hygiène et Assainissement » mené en Afrique de l'ouest et du centre. L'objectif général de cette étude est d'examiner et d'analyser les comportements et pratiques en matière de gestion de l'hygiène menstruelle ; leurs impacts sur les conditions de vie des femmes et des filles sédentaires et nomades du Niger ; et enfin d'évaluer le niveau d'intégration de la gestion de l'hygiène menstruelle dans les politiques publiques.

Les données ont été collectées aussi bien au niveau des autorités régionales et locales qu'au niveau des populations à partir d'une méthode mixte de recherche associant l'approche quantitative et l'approche qualitative. L'échantillon retenu pour la collecte des données quantitatives a été tiré au hasard parmi les femmes et les filles âgées de 12 à 49 ans et parmi les hommes âgés de 15 à 49 ans. Au total, 1310 personnes y ont participé (soit 868 femmes et 442 hommes).

Voici les principaux résultats de cette étude :

- les menstruations sont un sujet tabou dans une société nigérienne fortement marquée par des croyances et mythes qui influencent leur gestion. Considéré comme une impureté, le sang menstruel est géré en toute discrétion ;
- les participantes à l'étude ont une connaissance élémentaire des menstruations, notamment leur durée et l'âge moyen des premières règles. Ainsi, les femmes et filles du milieu rural n'arrivent pas à expliquer pourquoi les femmes ont les menstrues. Elles ne possèdent pas non plus de connaissances sur les liens entre le cycle menstruel et la santé de la reproduction ;
- pendant leurs menstrues, (i) les femmes et les filles observent des restrictions d'ordre nutritionnel, sexuel, et religieux ; (ii) les hommes et garçons sont peu concernés et assistent moins les femmes et filles dans la gestion de leurs menstrues ;
- les mauvaises pratiques en matière de GHM sont davantage observées chez les femmes nomades (98%) en comparaison aux femmes sédentaires (49%). Dans toutes les régions de l'enquête, la proportion de femmes de femmes ayant une mauvaise hygiène menstruelle reste supérieure à 50%. Elle est encore plus élevée dans la région de Maradi (73%) ;
- les serviettes hygiéniques jetables ou à usage unique sont le type de protection le plus utilisé pendant les règles car considérées comme « sûres et hygiéniques ». Le lavage des protections hygiéniques réutilisables s'effectue généralement au savon et à l'eau chaude. Peu de femmes utilisent du sel pour le lavage, 17% à Tahoua et 14% à Maradi ;
- le taux d'accès et d'utilisation des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement (WASH) au niveau communautaire demeure insuffisant – davantage chez les populations nomades que sédentaires – avec notamment des toilettes peu fonctionnelles, faiblement entretenues et peu propices à une bonne GHM ;
- les infrastructures WASH sont également insuffisantes au niveau des ménages tant nomades que sédentaires – avec cependant des variations régionales plus marquées à Tahoua et Zinder qu'à Maradi et Tillabéri – notant d'une part des toilettes et latrines surutilisées, faiblement et irrégulièrement entretenues, peu propres et peu discrètes, et d'autre part une insuffisance des outils de collecte et de gestion des déchets, notamment ceux issus des protections hygiéniques ;
- les observations de terrain révèlent des infrastructures WASH au sein des lycées, universités, lieux de travail et marchés – où les femmes sont pourtant présentes en grand nombre – qui ne prennent pas en compte les besoins des femmes et des filles en matière de gestion des menstrues. La majorité des toilettes visitées ne permettent pas aux femmes d'effectuer une toilette intime pendant les menstruations, soit en raison de leur insalubrité, soit en raison de leur insécurité ;
- l'insuffisance, voire l'absence d'infrastructures WASH adaptées à la gestion des menstrues, influe sur la vie quotidienne des femmes : la majorité des femmes actives déclarent que leurs activités sont perturbées pendant leurs menstrues puisque celles-ci limitent leur mobilité et aisance fonctionnelle, près de 40% des filles interrogées disent manquer l'école au moins une fois dans le mois durant leurs règles ;
- cette insuffisance d'infrastructures WASH adaptées influe également sur la manière dont le matériel

hygiénique est utilisé. La majorité des femmes lavent le matériel utilisé à la maison et le sèchent soit dans une chambre ou une autre pièce privée, une fois utilisé jusqu'à usure, le matériel hygiénique est généralement soit enfoui dans le sol, soit jeté dans les latrines ;

- dans l'ensemble, on note une faible prise en charge de l'hygiène menstruelle au niveau collectif et individuel, ce qui est susceptible d'engendrer des infections et d'avoir un impact négatif sur la santé des femmes et des filles nigériennes. Le fait que près d'un quart des femmes et des filles déclare avoir déjà subi une infection pendant les menstruations, indique un lien entre cette faible prise en charge des menstrues et une vulnérabilité aux infections ;
- les documents de politiques sectorielles de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, de la santé et de l'éducation sont peu explicites au sujet des menstruations. Faiblement représentées dans les instances de prise de décision, les femmes ne disposent pas de forum pour faire entendre leur voix ou revendiquer leurs besoins relatifs à la gestion de leur hygiène menstruelle.

Au terme de l'étude, les recommandations suivantes ont été formulées à l'intention des décideurs :

- accroître le nombre d'infrastructures WASH dans les communautés et les ménages – davantage dans les ménages ruraux qu'urbains – d'une part, et d'autre part renforcer les mesures d'entretien et de maintenance de celles existantes ;
- intensifier les interventions visant à promouvoir une bonne gestion de l'hygiène menstruelle dans les zones rurales et en milieu nomade ;
- intensifier les campagnes de sensibilisations au sujet de la GHM auprès des populations nomades et dans les régions de Tahoua et de Zinder où sa prise en charge s'est révélée faible ;
- mener des campagnes de sensibilisations à l'endroit des femmes dans les écoles formelles et autres lieux d'apprentissage informels ;
- sensibiliser davantage les jeunes garçons afin de répondre à leur demande d'informations sur les menstrues et de combattre les stéréotypes qui renforcent les inégalités de genre que subissent les filles ;
- renforcer la construction de toilettes et latrines séparées dans les établissements scolaires et dans les lieux publics en particulier ceux fréquentés par les femmes actives dont la majorité exercent dans le secteur informel ;
- développer les modules de formation sur la GHM ou disséminer davantage ceux existants ;
- impliquer les hommes dans les interventions concernant la GHM ;
- renforcer les activités de recherche-action pour informer les décideurs politiques et praticiens des secteurs concernés par la gestion de l'hygiène menstruelle ;
- renforcer les actions de plaidoyer fondées sur des faits scientifiques en vue de promouvoir l'intégration de la GHM dans les politiques publiques et stratégies nationales ou locales de développement ;
- mener une étude complémentaire à la présente dans les régions d'Agadez et Diffa à forte population nomade, afin de mieux prendre en compte les spécificités de ce groupe ;
- effectuer une analyse des freins et barrières relatifs à l'acquisition de toilettes ou latrines dans certaines communautés.



Il est naturel de
menstruer, la perte
de sang régulière
qui se produit tous
les mois.

4

La roue des menstruations

Il est naturel pour les femmes
et les filles d'avoir des pertes
de sang régulières. Ces
saignements durent
de 2 à 7 jours. La survenue
de saignements tous les 21
à 35 jours s'appelle le cycle
menstruel, ou les règles.



WSSCC

1



INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET JUSTIFICATION

L'hygiène, l'eau et l'assainissement font partie des problématiques majeures de développement auxquelles sont confrontés de nombreux États africains. Si les questions d'hygiène collective et d'assainissement public sont longuement débattues et prises en compte par les gouvernements dans leur politique de développement, il en va autrement de l'hygiène menstruelle. Définie comme un ensemble de règles de propreté, qui permettent de protéger des maladies notre corps et les personnes qui nous entourent, l'hygiène individuelle englobe les mains, les pieds, le cuir chevelu, la bouche et les dents et bien d'autres parties du corps telles le visage, le nez, les oreilles, les organes génitaux (Frioux, 2015).

L'hygiène individuelle comprend donc la GHM qui renvoie à la façon dont les femmes restent propres et en bonne santé pendant les menstruations et comment elles acquièrent, utilisent et jettent les produits qui absorbent le sang (Reed et Shaw, 2008). L'entretien des organes génitaux requiert une hygiène rigoureuse en raison de leur sensibilité et de leur vulnérabilité accrue aux maladies, davantage chez la femme que chez l'homme. Parce que l'hygiène individuelle de la femme permet de lutter contre les sources de contamination, de réduire les modes de transmission des maladies, et d'en réduire ainsi la propagation, elle fait désormais partie des priorités nationales et mondiales.

Dans cette région aride qu'est l'Afrique de l'Ouest, le Niger en particulier connaît une rareté de l'eau; ce qui pose problème notamment pour la gestion de l'hygiène menstruelle (Mitullah et al., 2016; United Nations, 2015). Toutefois et bien que constituant un aspect très important de la vie féminine, la menstruation reste un sujet rarement discuté en public (Perrot, 1984) et seuls quelques travaux lui sont consacrés. Ainsi en est-il de l'étude menée par Long et Caruso en Bolivie et qui révèle la peur et la honte que les jeunes élèves enquêtées éprouvent durant leurs menstrues. Ces sentiments se manifestent notamment par un changement de comportement en classe.

De nombreux travaux menés montrent que les menstrues demeurent un tabou, que les filles éprouvent encore de la honte lorsque celles-ci surviennent et que les perceptions

au sujet des menstruations sont persistantes (House et al., 2012; UNESCO, 2014). En Afrique de l'Ouest, l'étude menée par le WSSCC et ONU Femmes dans la région de Louga au Sénégal indique que les serviettes hygiéniques et les tissus sont les matériels les plus utilisés pour la gestion des menstruations. Certaines femmes, principalement celles qui vivent avec un handicap, utilisent également des éponges (chutes d'éponges des matelas). Au Niger, les résultats de la recherche qualitative de Souley (2016) en milieu scolaire montrent que la gestion de l'hygiène menstruelle demeure quelque peu taboue et, qu'il n'y a pas de communication entre parents et enfants sur les menstrues. De fait, les connaissances sur les menstrues sont limitées. Quant aux perceptions, elles paraissent assez dépréciatives vis-à-vis des filles mettant en lumière une conception ambivalente des règles considérées à la fois comme signe évident de la fécondité et risque potentiel de grossesse non désirée. Cette littérature sommaire démontre que les menstruations restent un sujet tabou et qu'elles ne sont prises en compte, ni dans la planification des politiques publiques de santé, ni dans les budgets y relatifs. De plus, notons qu'aucune de ces études n'inclut dans leur cible toutes les catégories de femmes.

Même si les règles symbolisent la maturité de l'œuf, renvoient à une étape normale de croissance de la fille et à sa possibilité de procréer, les filles et les femmes ont souvent honte lorsqu'elles surviennent. Cette honte, et la pratique de cacher les matériels utilisés pendant les règles, peuvent faire courir aux filles et aux femmes le risque d'attraper certaines maladies liées à une mauvaise hygiène pendant les règles. Dans un contexte caractérisé par le manque de toilettes spécifiques aux femmes, cette étude permet de soulever les difficultés liées à une bonne gestion de l'hygiène menstruelle.

En outre, les difficultés que rencontrent les femmes et surtout les jeunes filles peuvent faire entrave à leur réussite professionnelle. Dès lors, il est important de discuter de la menstruation et de bien comprendre les défis associés à ce phénomène social, culturel, normal et naturel.

Cette étude se distingue du fait qu'elle porte non pas sur les filles en milieu scolaire comme les études précédentes, mais sur un type de population particulier: les filles et les femmes pastorales /nomades et sédentaires. Des différences en termes d'accès à l'information et de pratiques d'hygiène

menstruelle peuvent exister entre ces deux types de populations. C'est pourquoi il s'agira d'une étude comparative dont les données permettront de mettre en exergue les particularités de la GHM, si elles existent, entre les filles et les femmes nomades et les filles et les femmes sédentaires et de formuler des recommandations à l'intention des décideurs.

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'examiner et d'analyser les comportements et les pratiques en matière de gestion de l'hygiène menstruelle et leur impact sur les conditions de vie des femmes et des filles sédentaires et nomades au Niger et la prise en compte de la GHM dans les politiques publiques.

2.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, l'étude vise à :

- évaluer les connaissances, les attitudes et les perceptions des femmes et hommes en matière de GHM;
- collecter des informations sur les croyances, les pratiques culturelles et sociales liées à la gestion de l'hygiène menstruelle chez les femmes;
- identifier les barrières physiques, sociales, économiques et environnementales à une bonne gestion de l'hygiène menstruelle chez les femmes;
- dresser un état des lieux des pratiques et comportements en matière de GHM;
- identifier les bonnes pratiques favorables à une bonne hygiène menstruelle;
- faire l'état des lieux des infrastructures et des politiques publiques existantes en matière de GHM;
- suggérer des recommandations à l'intention des décideurs pour une meilleure prise en compte de cette problématique dans les politiques.

3. RÉSULTATS ATTENDUS

Il est attendu de cette étude que :

- les informations sur les connaissances des femmes et des filles en matière de GHM soient obtenues et disponibles ;
- les perceptions des femmes et des filles en matière de GHM soient mesurées ;
- Les informations sur les pratiques culturelles et sociales liées à la gestion de l'hygiène menstruelle des femmes et des filles nomades et sédentaires au Niger soient appréhendées ;
- un état des lieux des pratiques et comportements en matière de GHM, des infrastructures et des politiques publiques existantes soit dressé ;

- les bonnes pratiques favorables à l'hygiène menstruelle soient identifiées ;
- des documents d'orientation ou *Policy Briefs* soient élaborés à l'intention des décideurs pour une meilleure prise en compte de l'hygiène menstruelle des femmes et des filles nomades et sédentaires dans les politiques publiques au Niger.

4. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

4.1 Définition des concepts clés

Puberté : la puberté désigne la période de changement physique et affectif qui survient pendant la croissance et le développement de l'enfant. Elle est l'une des étapes essentielles du développement du corps humain vers sa forme adulte, pendant laquelle se produit la croissance physique la plus rapide depuis la période prénatale et néonatale. Les changements hormonaux provoquent la première éjaculation ou sémenarche chez les garçons et la première menstruation ou ménarche chez les filles (Brooks-Gunn, 1988).

Ménarche : nom donné aux premières règles d'une jeune femme. Elle se produit habituellement autour de l'âge de 12 ans (Caruso et al., 2013).

Cycle menstruel : phénomène biologique et donc naturel qui se produit au niveau du système reproducteur féminin au cours d'une période de 28 jours en moyenne. Chaque mois en effet, les tissus des parois de l'utérus se développent en préparation de l'ovulation. Si l'ovule est fécondé, le cycle s'interrompt jusqu'à ce que la femme accouche; mais si l'ovule n'est pas fécondé, il se désintègre avec les couches extérieures des parois de l'utérus et est expulsé du vagin avec le sang. C'est cette phase de libération qui est appelée menstruation (Kirk and Sommer, 2006).

Menstruation : également appelée règles, c'est l'élimination mensuelle du surplus des parois de l'utérus des femmes en âge de procréer. Elle se produit en moyenne tous les 28 jours, et les saignements durent habituellement 5 à 7 jours. Durant cette période, la perte moyenne de sang est de 35 millilitres (Caruso et al., 2013).

Hygiène menstruelle : ce sont les conditions ou habitudes qui favorisent la protection de la santé et la prévention des maladies, à travers la propreté des femmes lors de leurs menstrues (Tjon Ten, 2007).

Gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) : c'est l'ensemble des stratégies mises en œuvre par les femmes lors des périodes de menstruations. Autrement dit, c'est la façon dont les femmes restent propres et en bonne santé pendant les menstruations, et comment elles acquièrent, utilisent et se

débarrassent des produits qui absorbent le sang (House et al., 2012).

Assainissement : selon l'OMS, l'assainissement est la mise à disposition d'installations et de services permettant d'éliminer sans risque l'urine et les matières fécales. Il désigne aussi le maintien de bonnes conditions d'hygiène, grâce à des services comme l'évacuation des eaux usées et l'enlèvement des déchets solides (rebut domestiques et/ou industriels (OMS, 2016).

Assainissement collectif : on le trouve généralement en zone urbaine ou d'habitats regroupés: dans ce cas les eaux usées sont d'abord collectées dans un réseau d'égouts pour être ensuite acheminées vers une station d'épuration. Il existe de nombreux types de systèmes d'assainissement collectif: des usines d'épuration urbaines, des stations d'épuration de capacité plus modeste ou encore des stations de lagunage (OMS, 2014).

Assainissement individuel ou autonome : celui-ci est utilisé en zone d'habitat dispersé: un système d'assainissement est mis en place pour chaque habitation ou pour un petit groupe d'habitations dans un périmètre délimité. La mise en œuvre de ce type d'assainissement relève de la responsabilité des particuliers. Situé à proximité de la maison, le système comprend en général un dispositif de collecte des eaux usées, une fosse toutes eaux assurant un prétraitement anaérobie, un dispositif d'épuration par épandage et un système de rejet par dispersion dans le sol (OMS, 2014).

Latrine : une latrine est un endroit aménagé de telle sorte qu'un être humain puisse s'y soulager, notamment par la défécation (Franceys et al., 1992). Elles sont parfois associées aux toilettes car en plus de servir de lieu de défécation, elles servent de lieu de douche. Les latrines possèdent une technologie moindre et peuvent être classées en deux grandes catégories:

- *Latrine/toilette améliorée* : il s'agit d'ouvrages construits suivant certaines règles: trou recouvert d'une dalle en béton ou en planches, superstructure faite de murs en matériau solide avec trous de ventilation. Rentrent dans cette catégorie, la latrine ventilée (VIP) une fosse, latrine ventilée (VIP) double fosse, latrine EcoSan, toilette à chasse d'eau manuelle une fosse ou double fosse, toilette à chasse d'eau mécanique (WHO/UNICEF, 2016; Pickford, 1995).
- *Latrine non améliorée* : une latrine non améliorée est une latrine traditionnelle sans dalle en béton et avec une superstructure en matériau précaire. Rentre dans cette catégorie, la latrine à trou forée ou à fosse simple (WHO/UNICEF, 2016; Pickford, 1995).

Connaissances (en matière d'hygiène menstruelle) : Les connaissances en santé publique sont définies comme un

ensemble d'informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée (Goutille, 2009). Ces informations qui permettent à chacun de cerner son niveau de vulnérabilité face à une question de santé, et portent tant sur la capacité à définir le concept étudié qu'à énoncer les différents éléments qui le constituent tels la prévention, la transmission, le traitement. Dans le cadre de la GHM, les connaissances renvoient aux informations exactes sur les capacités cognitives à appréhender les menstrues dans leur dimension scientifique et socioculturelle, et à identifier les besoins éducatifs et matériels exacts en matière de remédiation.

4.2 Zone d'étude et populations cibles

L'enquête s'est déroulée dans les quatre régions d'intervention du programme ONU Femmes et WSSCC que sont Maradi, Tahoua, Tillabéri et Zinder (Carte 1). Ces régions à l'image du pays renferment l'un des plus forts taux de croissance démographique (3.9% par an entre 2001 et 2012). Ce rythme d'accroissement de la population accentue le poids des défis que doit relever le pays pour s'inscrire dans un processus durable de développement. Sur le plan économique, ces dernières années, le régime de croissance de l'économie nigérienne se caractérisait par une forte volatilité. Ainsi la croissance du Niger a fluctué de 2,3% en 2011 à 10,8% en 2012, puis 4,1% en 2013, faisant figurer le pays à la dernière place du classement de l'indice de développement humain du PNUD, ce qui révèle, au-delà du faible niveau de vie par habitant, l'importance des enjeux relatifs aux secteurs sociaux (éducation et santé). Les données des différentes enquêtes réalisées depuis 1990 montrent qu'il n'y a pas d'amélioration significative des conditions de vie des ménages et des populations du Niger. Le taux brut de scolarisation était estimé en 1998 à 32% pour l'ensemble du pays et à 25% pour les femmes. Le taux d'alphabétisation estimé durant la période 2008 - 2012 est de 28.7% pour l'ensemble.

Au niveau de la santé, il a été estimé en 2007, qu'il y avait 1 médecin pour 40 000 habitants au niveau national, allant jusqu'à 1 médecin pour 100 000 habitants dans la région de Tillabéri, alors que les normes de l'OMS prévoient 1 médecin pour 10 000 habitants. Les taux de mortalité infantile étaient respectivement de 63% (UNICEF, 2012) et la couverture vaccinale des enfants dépassait généralement 70% selon le vaccin (UNICEF, 2012). Toutes régions confondues, le taux d'accès à l'eau potable était de 49% en milieu rural contre 100% en milieu urbain; et le taux d'accès à l'assainissement, respectivement de 5% en milieu rural et 38% en milieu urbain (JMP, 2015). Tous ces indicateurs qui dénotent la précarité des conditions de vie des populations nigériennes, particulièrement en milieu rural.

Sur un tout autre plan, celui du mariage précoce, le phénomène par sa fréquence et son ampleur ainsi que les conséquences qui en découlent, est un motif d'inquiétude.

Carte 1

Régions enquêtées



Source: Shutterstock

Alors que le phénomène est très répandu au Niger (77% en moyenne), la prévalence est plus élevée dans les régions du sud du pays précisément dans les régions de Diffa (89%), Zinder (88%), Maradi (87%) Tahoua (83%) où la question du mariage précoce se pose avec acuité (UNFPA, 2012; Zabeirou, 2010).

Une fois mariées, très peu de filles (4,3%) utilisent des contraceptifs et maîtrisent leur hygiène menstruelle (Zabeirou, 2010). Afin de réaliser cette étude, sur l'ensemble des ménages identifiés, un échantillon a été tiré. L'objectif général ayant été d'analyser les différentes pratiques et comportements en matière de GHM et leurs impacts sur les conditions de vie des femmes et des filles nomades et sédentaires, l'enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif des deux catégories sociales ciblées en l'occurrence les populations nomades et les populations sédentaires. Dans chacun des ménages-échantillons, ont été interrogés

soit toutes les filles/femmes âgées de 12-49 ans ayant eu au moins une fois leurs menstrues et aucun garçon/homme, soit toutes les filles/femmes âgées de 12-49 ans et également tous les garçons/hommes de 15-49 ans.

4.3 Démarche

Au vu des objectifs, une triangulation des méthodes a permis d'optimiser les résultats. De fait, cette étude a comporté deux volets qui ont été réalisés conjointement: à l'enquête statistique qui a consisté en l'administration de questionnaires individuels, s'était joint un volet qualitatif réalisé au moyen d'entretiens et de discussions de groupes (FGD) ciblées.

4.3.1 Volet quantitatif

Critères de sélection des ménages : l'étude a été conduite au sein des ménages dans lesquels se trouvaient les femmes et les filles en âge de procréer et qui ont eu au moins une fois

leurs menstrues, et parfois les hommes âgés de 15 à 49 ans nomades et sédentaires.

Echantillonnage : la base de sondage a été constituée de l'ensemble des ménages dénombrés dans les différentes régions. Les ménages ont été référencés par leur numéro de dénombrement (ou numéro de structure) attribué, ainsi que le (s) nom (s) et prénom (s) des chefs de ménage. Cette base de sondage a été triée selon la région, le milieu de résidence et selon le numéro d'ordre de la zone de dénombrement (ZD).

Taille de l'échantillon : le calcul du nombre d'individus à l'aide des formules mathématiques appropriées a abouti à un choix de 868 femmes. Par ailleurs, un nombre de 442 hommes, un peu plus de la moitié du total de femmes, a été retenu afin de collecter les avis des hommes en la matière.

Outils de collecte : les outils de collecte ont été conçus en fonction du groupe-cible et de la nature des informations recherchées. Ces outils se répartissent de la manière suivante:

- Le questionnaire « communautaire » élaboré pour recenser les infrastructures et équipements se trouvant au sein de la commune, de la localité ou du village/quartier. Il a permis de relever les ratios tels que le nombre de femmes en âge de procréer ayant eu au moins une fois leurs menstrues;
- Le questionnaire « ménage » conçu pour déterminer les femmes en âge de procréer (12-49 ans) dans le ménage. Il a été articulé autour de plusieurs centres d'intérêt et de questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles et socioéconomiques des membres du ménage;
- Le questionnaire « individuel femme » élaboré pour les femmes et jeunes filles en âge de procréer ayant eu au moins une fois leurs menstrues (12-49 ans);
- Le questionnaire « individuel homme » pour les hommes âgés de 15 à 49 ans.

Ces deux derniers outils ont exploré les connaissances et pratiques en matière de GHM, mais aussi la disponibilité des infrastructures à l'usage de l'hygiène de la femme.

Technique et personnel de collecte de données : l'équipe a opté pour l'interview directe (soit en langue haoussa, soit en langue zarma, soit en langue peuhl en fonction du répondant) à travers l'administration de questionnaires auprès des femmes en âge de procréer ayant eu au moins une fois leurs menstrues (12-49 ans) et auprès des hommes âgés de 15-49 ans. S'agissant du personnel de collecte, au vu du secret qui entourait le sujet et pour que les enquêtées se prêtent facilement au jeu de questions-réponses, une préférence avait été portée sur les femmes comme agent enquêteur. Le personnel de collecte avait été initialement arrêté à 3 superviseurs et 14 enquêteurs dont 12 femmes et 2 hommes. Toutefois, en

raison de certaines considérations culturelles¹, nous avons ajouté 2 hommes supplémentaires de manière à avoir dans chaque équipe-région, un agent-enquêteur homme pour administrer les questionnaires hommes. Pour la formation, 20 enquêteurs (15 femmes et 5 hommes) avaient été recrutés et au final 12 agents enquêteurs femmes et 4 agents enquêteurs hommes ont été retenus pour la collecte proprement dite.

Traitement et analyse des données : les données quantitatives ont été saisies à l'aide du logiciel CPro 6.3. Ensuite, elles ont été exportées pour traitement et analyse sous les logiciels SPSS 20 et Stata 12 sous Windows. Pour répondre aux objectifs de l'étude, les méthodes statistiques d'analyse des données utilisées ont essentiellement été les méthodes descriptives, permettant de rendre compte de la distribution des fréquences des variables analysées.

4.3.2 Volet qualitatif

Afin de mieux cerner la gestion de l'hygiène menstruelle des filles et femmes nomades et sédentaires du Niger, il est apparu nécessaire de déployer des techniques qualitatives appropriées (entretiens semi-directifs individuelles et FGDs). En effet, au-delà des chiffres obtenus à travers le volet quantitatif, il était indispensable d'appréhender les perceptions, pratiques, attitudes et représentations sociales élaborées autour de la gestion de l'hygiène menstruelle des filles et femmes (en âge de procréer) au Niger. Ainsi, les techniques susmentionnées ont aidé à comprendre et expliquer les pratiques symboliques et observables ainsi que les expériences personnelles de ces actrices sociales. Une telle option a permis d'approfondir les analyses et, comme le dit Bourdieu (1984 : 32), « *d'expliquer complètement ce que les statistiques ne font que constater* ».

Populations cibles : dans les deux régions retenues pour le volet qualitatif (Maradi et Zinder), l'enquête qualitative a porté : (i) sur les filles et femmes âgées de 15 à 49 ans, (ii) les autorités en charge des questions de santé, notamment les maires ou leurs adjoints au niveau local, et avec quelques responsables du ministère de la santé au niveau national ; (iii) les chargés de programmes et personnels intervenant dans le secteur WASH ; (iv) les chargés de programmes et personnels intervenant dans les secteurs de la santé, de l'environnement et de l'éducation.

Techniques d'échantillonnage : l'échantillon a été construit sur la base des « choix raisonnés ». Chaque élément de l'échantillon a été retenu en fonction de sa capacité réelle à fournir les informations recherchées. A la fin de chaque entretien, la technique dite de « boule de neige » a été mise à contribution pour accéder au prochain enquêté. Techniquement, il s'agissait pour la personne qui venait d'être interviewée d'indiquer une autre personne dans la

1 Il se trouve que, il eut été difficile, voire impossible qu'un enquêteur-femme puisse poser des questions sur un sujet aussi sensible et entouré de tabous aux hommes.

communauté qui répondait aux mêmes exigences qu'elle-même pour l'enquête. Le tableau 2 ci-dessous présente la taille de l'échantillon dans cette étude.

Outils de collecte des données qualitatives : trois principaux outils de collecte ont été utilisés dans le cadre de cette exploration (Voir Annexe 2) : (i) la grille d'observation pour relever les éléments marquants qui se donnaient directement à voir, sans l'aide de la personne enquêtée, (ii) les guides d'entretiens semi-directifs ou semi-structurés pour les entretiens individuels à l'intention des autorités municipales, des autorités en charge des questions de santé et d'éducation, (iii) Le guide de discussions de groupe (FGD) conçu pour diligenter les discussions de groupe avec les personnes retenues (hommes et femmes nomades et/ou sédentarisées) et qui ont librement consenti de participer aux séances.

Techniques de collecte : trois techniques de collecte des données ont été adoptées afin de recueillir les données :

- *L'entretien semi-structuré* : il s'agissait de « donner la parole » aux acteurs sociaux locaux pour leur permettre de livrer leurs sentiments et perceptions sur les questions d'hygiène en général dans leurs localités (accès à l'eau, etc.), et en particulier sur les questions liées à la GHM. Cette technique a permis de recueillir des informations assez riches et d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.
- *Le groupe de discussion* : comme il a été signalé plus haut, des FGDs ont été conduits sur les deux sites de l'étude au Niger. La discussion de groupe dirigée a permis de corriger, voire d'approfondir les entretiens individuels.

En effet, certains thèmes et certaines opinions inexistantes dans les entretiens individuels ont été introduits dans les discussions de groupe. En outre, les interactions que suscite cette technique ont été de nature à enrichir les données en permettant aussi de mieux approfondir les connaissances recherchées sur les pratiques socio-culturelles en vigueur dans ces régions du Niger.

- *L'observation directe* : afin d'effectuer l'état des lieux des infrastructures (celles utilisées par les populations nomades et celles utilisées par les populations sédentaires), nous avons recouru à la technique de l'observation directe. Ayant cerné la nature des infrastructures à observer, l'équipe a procédé à un repérage avant d'effectuer l'état des lieux.

Traitement et analyse des données qualitatives: les données qualitatives, issues des entretiens et des discussions de groupe, ont été transcrites. Ces transcriptions ont été faites par les agents enquêteurs qui ont collecté ces données. Par la suite, ces données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse socio-anthropologique effectuée par le socio-anthropologue de l'équipe de recherche.

Revue documentaire

La revue documentaire a porté principalement sur les documents de politiques publiques et de mise en place des infrastructures au niveau communautaire relatifs au secteur de l'eau et de l'assainissement susceptibles d'aborder la gestion de l'hygiène menstruelle.

Tableau 1

Répartition des personnes-cibles par techniques d'enquête qualitative

CATÉGORIES D'ACTEURS CIBLÉES	ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI DIRECTIFS (IDIS)	DISCUSSIONS DE GROUPE (FGDS)	RÉGIONS
Chargés de programmes et personnels intervenant dans le secteur WASH/santé	6 WASH: 3 (hommes et femmes) Santé: 3 (hommes et femmes)		MARADI ET ZINDER
Femmes/filles nomades et sédentaires		5	
Hommes/garçons nomades et sédentaires		5	
Autorités municipales et autorités en charge des questions de santé et d'éducation	6 Santé: 2 (hommes et femmes) Education: 2 (hommes et femmes) Autorités municipales: 2 (homme et femmes)		
TOTAL	12	10	

5. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Dans le cadre de cette étude, les difficultés suivantes ont été relevées :

- **L'insécurité** : un climat d'insécurité règne encore sur une bonne partie du territoire nigérien. Il en est ainsi des zones de Tillabéri et de Maradi qui lors de notre passage, ont été le théâtre soit d'attaques armées, soit d'enlèvements. Ce qui nous a mené à réajuster notre plan d'enquête/échantillonnage et à limiter l'un de nos groupes-cibles (les nomades) à deux localités uniquement à savoir Dakoro et Sarki Yama.
- **La sensibilité du thème de l'étude** : le sujet relatif à la GHM demeure tabou au sein des communautés enquêtées. Les us et pratiques veulent que des questions se rapportant à ce thème ne soient pas abordées aussi bien dans la sphère domestique qu'en public. Dès lors, des pans entiers des questions n'ont pas été renseignés sur les questionnaires ou débattus lors des séances de FGDs, et de nombreux cas de refus ont été enregistrés.

6. STRUCTURATION DU RAPPORT

Ce rapport s'articule autour de huit chapitres. Le premier présente les caractéristiques des personnes enquêtées. Le deuxième chapitre analyse l'état de fonctionnalité des infrastructures WASH au sein des communautés et des ménages. Le troisième chapitre porte sur les connaissances générales de la population sur la gestion de l'hygiène menstruelle. Dans le quatrième chapitre, il est question des pratiques, attitudes et comportements en matière d'hygiène menstruelle. Le cinquième chapitre traite des barrières sociales et culturelles à une bonne gestion de l'hygiène menstruelle. Quant au sixième chapitre, il est consacré aux problèmes de santé rencontrés et aux recours aux soins lors des menstruations. Le septième chapitre examine les impacts des menstrues sur le vécu des femmes. Le dernier chapitre, enfin, évalue la prise en compte de la gestion de l'hygiène menstruelle dans les politiques publiques. Il est suivi de la conclusion et des recommandations.



CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ENQUÊTÉES

Ce chapitre est centré sur la répartition des personnes enquêtées, selon leurs caractéristiques démographiques, économiques et socioculturelles. Cette analyse univariée permet la description des individus au sein des ménages.

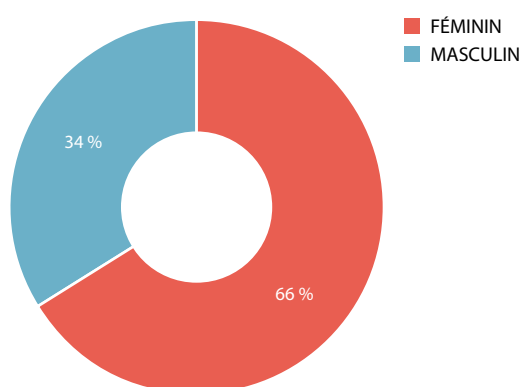
1.1 Caractéristiques démographiques et économiques

1.1.1 Une prédominance de la gent féminine

L'étude ayant pour principale population cible les femmes, celles-ci ont été surreprésentées dans l'échantillon ; ce qui justifie la proportion des 66% qu'elle représente (graphique 1.1). Il faut cependant dire qu'en dépit de cette considération liée aux objectifs de l'étude, la population nigérienne est composée de plus de femmes que d'hommes, soit 5 543 703 femmes contre 5 516 548 hommes (INS, 2011).

Graphique 1.1

Répartition par sexe de l'échantillon total

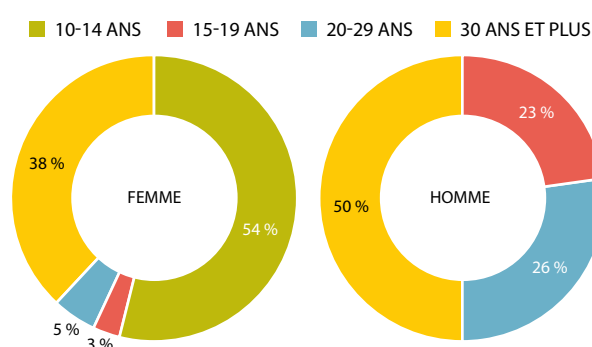


1.1.2 Une prépondérance des jeunes et des jeunes adultes

La structure par âge met en évidence une répartition bimodale de la population enquêtée (graphique 1.2). Le premier groupe modal est constitué d'adolescents (10-14 ans) et d'adultes (30 ans et plus), et le second groupe rassemble à proportion presque égale des hommes et des femmes proches de la majorité civile (15-19 ans) et de jeunes adultes. Dans l'ensemble, c'est une population jeune qui reflète la tendance de la pyramide des âges du Niger dont la base élargie traduit la jeunesse de la population.

Graphique 1.2

Répartition par groupe d'âges de l'échantillon total

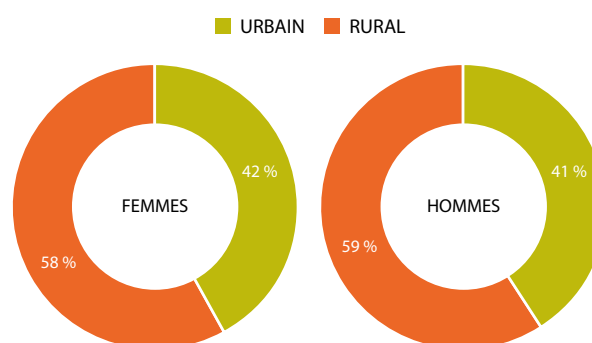


1.1.3 Des répondants majoritairement ruraux

Plus de la moitié des répondants résident en milieu rural (58% de femmes et 59% d'hommes), ce qui reflète le faible niveau d'urbanisation du pays.

Graphique 1.3

Répartition des répondants selon le milieu de résidence

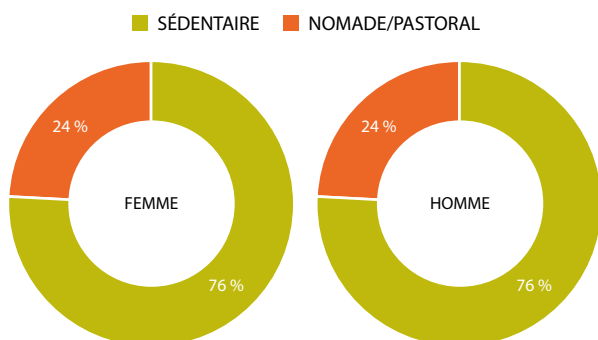


1.1.4 Une population plus sédentaire que nomade

Les trois quarts des répondants sont à proportion presque égale entre hommes et femmes, constitués de ménages sédentaires. Cela traduit la réalité de la société nigérienne marquée par une proportion élevée de ménages sédentaires.

Graphique 1.4

Répartition des répondants selon le statut de résidence

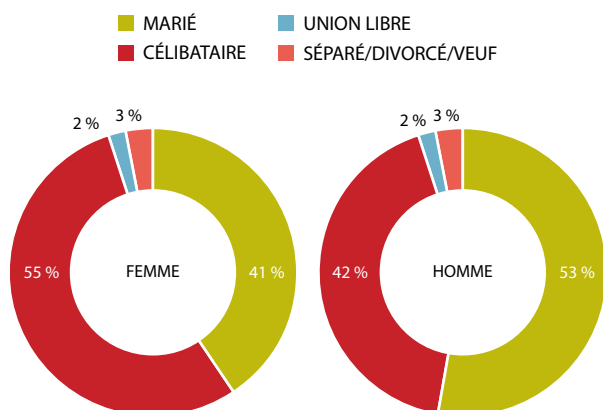


1.1.5 Des enquêtés majoritairement célibataires

Les ménages vivant en couple constituent la moitié de notre échantillon, l'autre moitié étant représentée par des célibataires, avec une légère prépondérance des femmes (55%).

Graphique 1.5

Répartition des répondants selon leur statut matrimonial

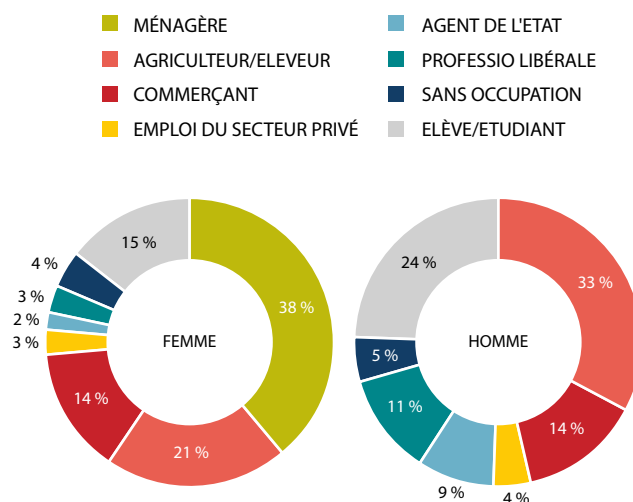


1.1.6 Des répondants actifs dans le secteur primaire

Si on fait abstraction des élèves et étudiants qui généralement sont des inactifs économiques, on constate que la plupart des répondants exercent dans le secteur primaire (agriculture et élevage) et dans le tertiaire de service (le commerce de détail). Les femmes dans leur majorité (près de 38%) étant femmes au foyer.

Graphique 1.6

Répartition des répondants selon l'activité exercée



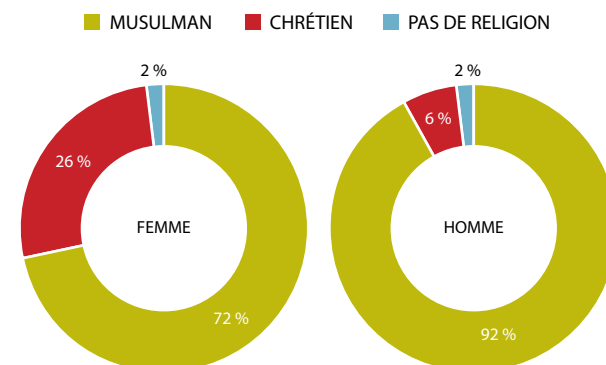
1.2 Caractéristiques socioculturelles

1.2.1 Une population des enquêtés majoritairement musulmane

Tous sexes confondus, la plupart des répondants sont de confession musulmane, la minorité étant chrétienne ; le paysage nigérien étant majoritairement dominé par les musulmans (près de 90%), les 10% restants rassemblent les chrétiens et quelques non pratiquants.

Graphique 1.7

Répartition de l'échantillon total selon la confession

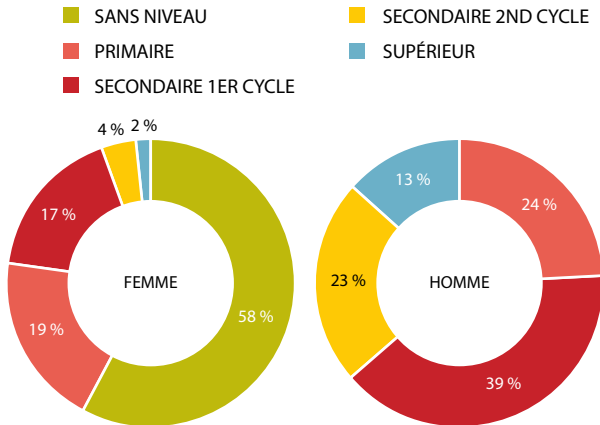


1.2.2 Un niveau de scolarisation peu élevé

Du point de vue de la scolarité, la majorité des personnes rencontrées n'ont atteint que le primaire et le premier cycle du secondaire. On note même une bonne proportion qui n'a jamais été scolarisée, majoritairement les femmes. Comme on le verra plus loin, les raisons de cette non scolarisation ou faible scolarisation seraient liées aux mariages précoces et à la pauvreté.

Graphique 1.8

Répartition des répondants selon le niveau d'éducation



En fonction de nos catégories de population cible, les tableaux suivants donnent des détails sur chacun des groupes (tableaux 1.1 et 1.2).

Tableau 1.1

Répartition des hommes enquêtés en fonction du niveau d'instruction et du statut de résidence

NIVEAU D'INSTRUCTION	STATUT DE RÉSIDENCE	
	SÉDENTAIRE	NOMADE
	FRÉQUENCE (EN %)	FRÉQUENCE (EN %)
Sans niveau	0	0
Primaire	26	10
Secondaire 1er cycle	35	73
Secondaire 2nd cycle	24	17
Supérieur	14	0

Tableau 1.2

Répartition des femmes enquêtées en fonction du niveau d'instruction et du statut de résidence

NIVEAU D'INSTRUCTION	STATUT DE RÉSIDENCE	
	SÉDENTAIRE	NOMADE
	FRÉQUENCE (EN %)	FRÉQUENCE (EN %)
Sans niveau	72	8
Primaire	13	39
Secondaire 1er cycle	9	48
Secondaire 2nd cycle	4	3
Supérieur	2	2



ÉTAT DES LIEUX DES INFRASTRUCTURES WASH

Un des buts de l'étude est de faire l'état des lieux des infrastructures en matière de GHM, afin de vérifier si le cadre dans lequel vivent les filles et les femmes – que ce soit dans les ménages ou les lieux publics – est adapté à leurs besoins et est propice à une bonne hygiène menstruelle. Ce chapitre analyse l'existence ou non des installations nécessaires à la GHM dans les deux principaux types d'environnement fréquentés par les filles/femmes, que sont l'environnement communautaire et l'environnement domestique.

2.1 Un niveau de présence des infrastructures peu marqué dans les communautés

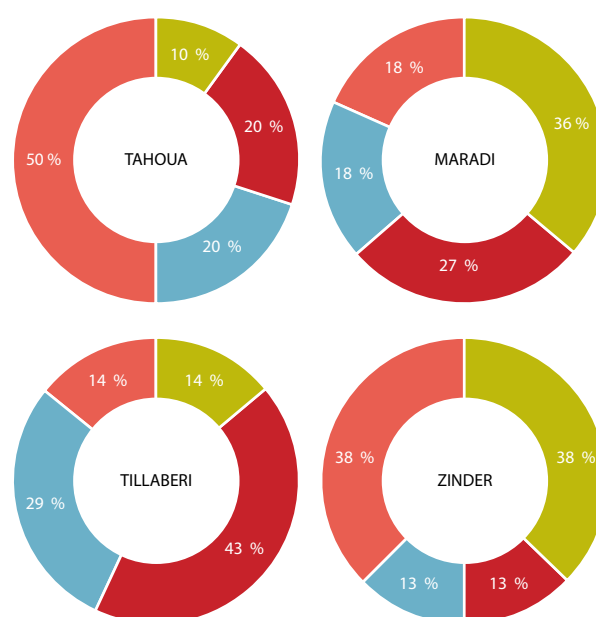
Dans les paragraphes qui suivent, le niveau communautaire renvoie à l'échelle d'observation qui a été soit le village, soit le quartier. Dans ces milieux, les lieux visités ont été les écoles, les collèges, les universités, les gares routières, et les marchés.

2.1.1 Un recours relativement élevé à de l'eau de puits et des forages

Parmi les quatre sources d'approvisionnement en eau, le graphique 2.1 montre que la majorité des répondants recourent aux forages et aux puits, mais à des niveaux variés selon les régions. Tahoua se démarque pour ce qui est de l'approvisionnement auprès des forages/bornes fontaines (50%) ; alors que Tillabéri vient en première position pour ce qui est du recours aux puits qu'ils soient aménagés ou non (29% et 43%). Zinder quant à elle se présente comme la région où les ménages recourent principalement à l'eau du robinet (38%).

Graphique 2.1

Répartition des répondants selon la principale source d'approvisionnement en eau

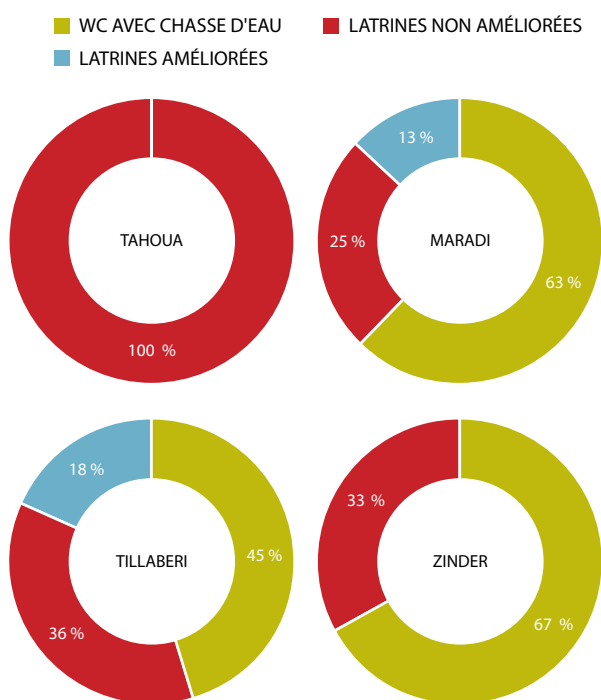


2.1.2 Une majorité de latrines

Les répondants déclarent utiliser pour la majorité des latrines dont certaines sont non améliorées, notamment les toilettes à trou foré et les toilettes sèches qui consistent en un trou creusé dans le sol au-dessus duquel repose une structure sommaire en bois. Ce taux atteint 100% des utilisateurs dans la région de Tahoua. La prédominance de ce type de toilettes dénote le faible taux d'accès à l'assainissement au Niger où le taux de défécation à l'air libre atteint 79% de la population (source JMP, 2012).

Graphique 2.2

Type de toilettes



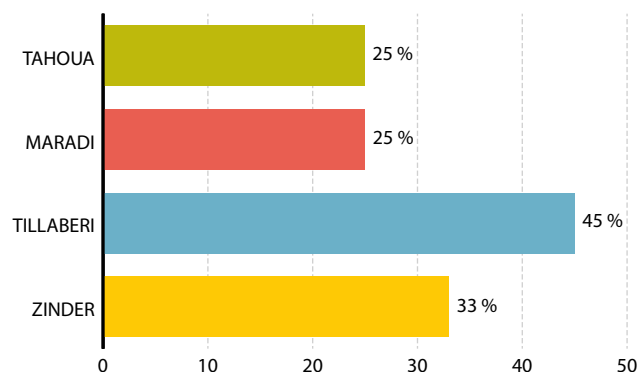
2.1.3 Des toilettes relativement opérationnelles

Qu'il s'agisse des toilettes améliorées (WC avec chasse d'eau) ou de latrines (Photo 1), leur opérationnalité est relative avec un taux d'opérationnalité généralement en dessous de 50% (graphique 2.3).

Du point de vue de région de résidence, Tillabéri est la seule région où le niveau d'opérationnalité des toilettes et latrines se rapproche de 50%. Ceci peut s'expliquer par sa proximité avec Niamey, capitale politique qui diffuse dans les localités qui lui sont proches les avantages du milieu urbain.

Graphique 2.3

Opérationnalité des toilettes et latrines



2.1.4 Des toilettes et latrines faiblement entretenues

Les espaces visités sont mal entretenus. En effet, les niveaux de propreté (évalués sur la base de la présence des rebuts au sol, des mouches, d'odeurs, de déjections aux abords du trou, etc.) sont largement en dessous de la moyenne et vont de 20% à Maradi à 36% à Tillabéri (graphique 2.4). Dans les zones rurales, plus de 90% de la population pratique encore la défécation à l'air libre, ce qui a un impact direct sur la santé des jeunes et contribue grandement au taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (UNICEF, 2011).

Graphique 2.4

Propreté des toilettes et latrines

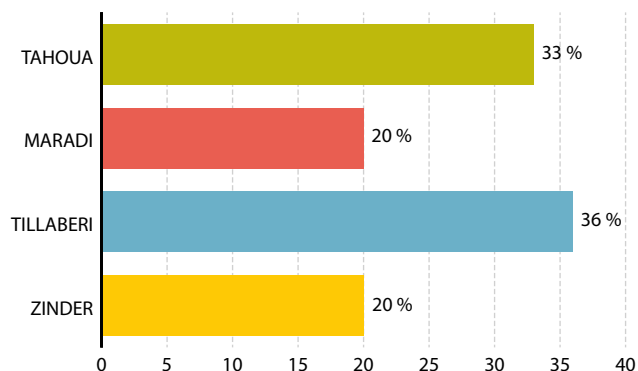


Photo 2.1

Toilettes améliorées avec chasse d'eau



Photo 2.2

Toilette améliorée sans chasse, mais humide



Photo 2.3

Bloc de toilettes améliorées à fosse sèche

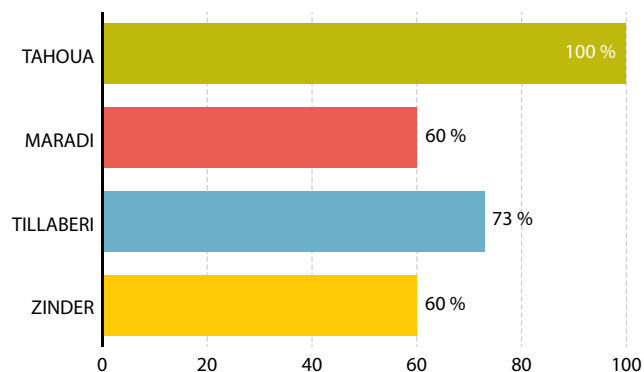


2.1.5 Un respect généralisé de la discrétion

Bien que mal entretenues, les toilettes et latrines sont construites sur le principe du respect de la discrétion des personnes qui les utilisent. C'est ainsi que la plupart affichent des proportions allant de 60% à Maradi et Zinder, à 73% à Tillabéri, voire 100% à Tahoua où la séparation entre hommes et femmes est de mise (graphique 2.5).

Graphique 2.5

Séparation hommes/femmes des toilettes et latrines



2.1.6 Des prémices de sécurité

Ces toilettes et latrines montrent des prémices de sécurité, car presque toutes sont nanties de portes garantes d'une certaine sécurité (graphique 2.6), certaines fermant de l'intérieur. Toutefois, ce dispositif n'est pas commun aux quatre régions, car à Maradi les infrastructures en disposent alors qu'elles sont absentes à Tahoua (graphique 2.7).

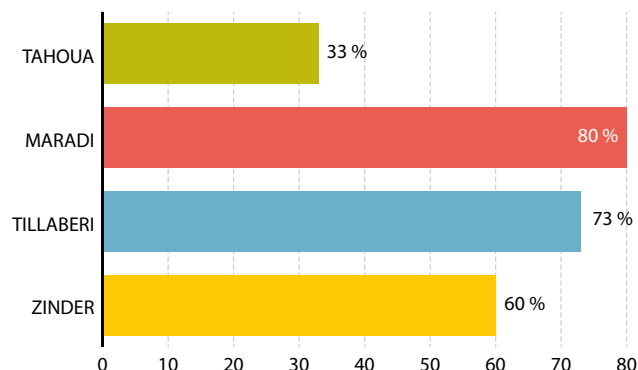
Photo 2.4

Toilettes améliorées et séparées à Zinder



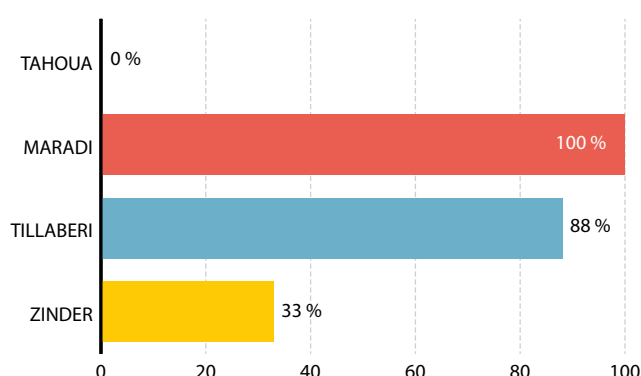
Graphique 2.6

Présence des portes au niveau des toilettes et latrines



Graphique 2.7

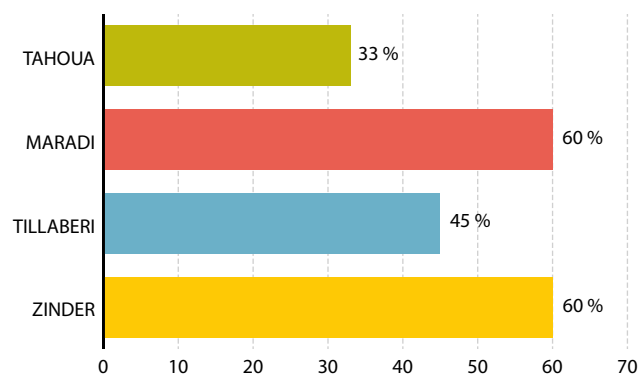
Présence de dispositifs de fermeture de l'intérieur



Ces mesures permettent aux utilisateurs d'avoir un sentiment de sécurité inégalement exprimé par les utilisateurs à travers les quatre régions d'étude (graphique 2.8).

Graphique 2.8

Sentiment de sécurité des utilisateurs des toilettes et latrines



2.1.7 L'éloignement des toilettes comme motif d'insécurité

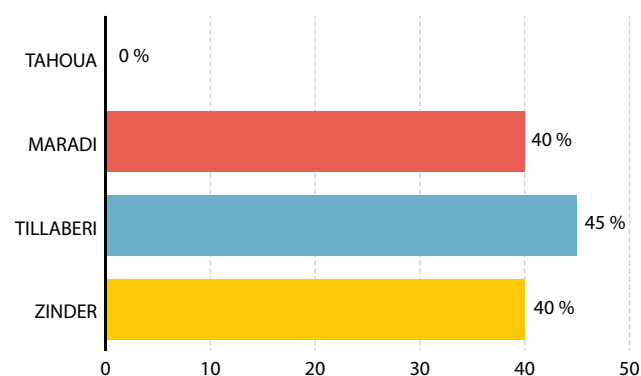
Les répondants qui éprouvent un sentiment d'insécurité lors de l'utilisation de ces toilettes avancent principalement, comme raison leur éloignement par rapport à la maison principale (Tableau 2.1).

2.1.8 Des toilettes faiblement dotées de produits d'hygiène

La fonctionnalité ici renvoie à la disponibilité des éléments inhérents à une bonne hygiène (savon et eau). De l'avis des répondants, les toilettes sont trop peu fonctionnelles car le savon nécessaire au lavage des mains après usage est faiblement disponible (40% à Maradi et Zinder), voire totalement absent des toilettes (Tahoua) (graphique 2.9).

Graphique 2.9

Présence de poubelles selon le statut de résidence



De plus, les toilettes manquent de poubelles dans lesquelles les femmes peuvent jeter les protections hygiéniques utilisées (graphique 2.10).

Graphique 2.10

Présence de poubelle

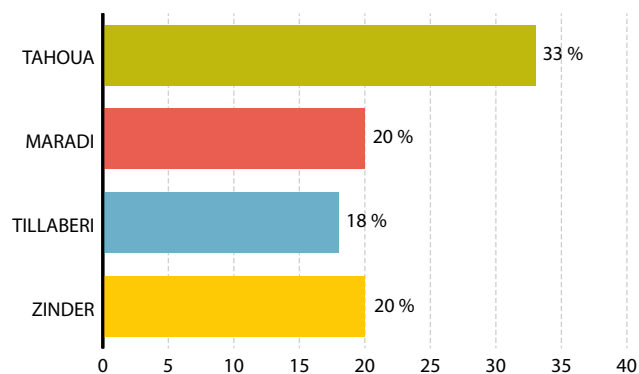


Tableau 2.1

Motif du sentiment d'insécurité dans les toilettes selon les utilisateurs

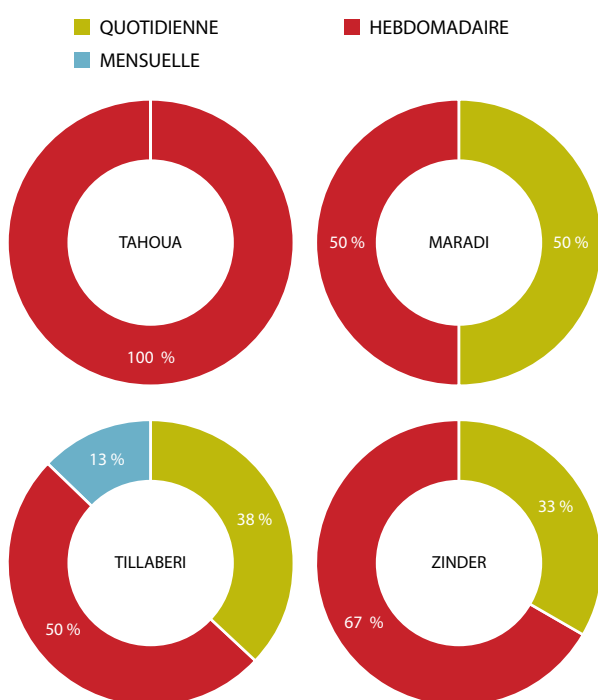
MOTIFS DU SENTIMENT D'INSÉCURITÉ SELON LES UTILISATEURS	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Eloignement des toilettes	50	100	67	0
Pas de séparation hommes/femmes	100	50	50	50
Risque de viol	0	100	67	50
Infrastructure inadaptée pour personne à mobilité réduite	0	100	67	50
Précarité des matériaux de construction	0	100	83	50
Insalubrité	0	100	83	50
Manque d'aération	0	50	50	100
Manque de luminosité	0	0	83	100

2.1.9 Des toilettes faiblement entretenues et partiellement maintenues

Les communautés n'accordent pas un grand intérêt à l'entretien des toilettes. Ces dernières sont parfois entretenues quotidiennement et souvent à une fréquence hebdomadaire (graphique 2.11). L'entretien, consiste souvent à verser de l'eau pour faire disparaître les déjections sur les parois du trou d'une part, et d'autre part à l'utilisation de produits chimiques comme l'huile de vidange et le crésyl pour faire baisser le volume de matières fécales (graphique 2.12).

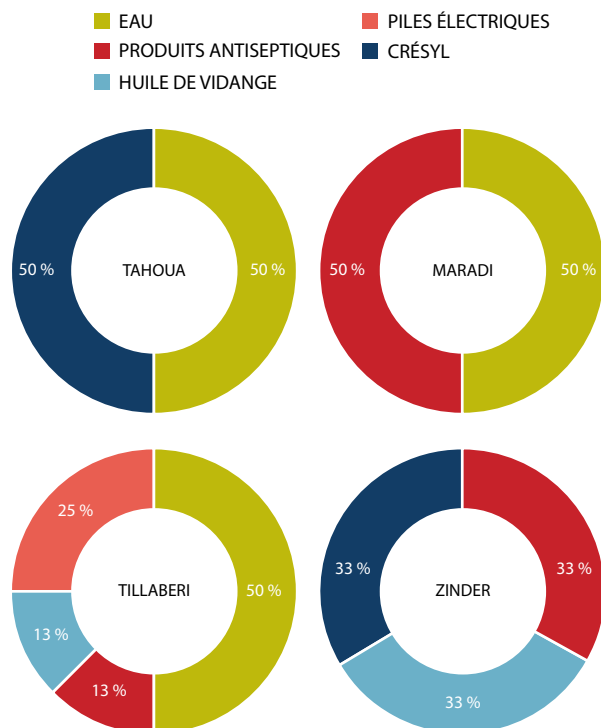
Graphique 2.11

Fréquence d'entretien des toilettes



Graphique 2.12

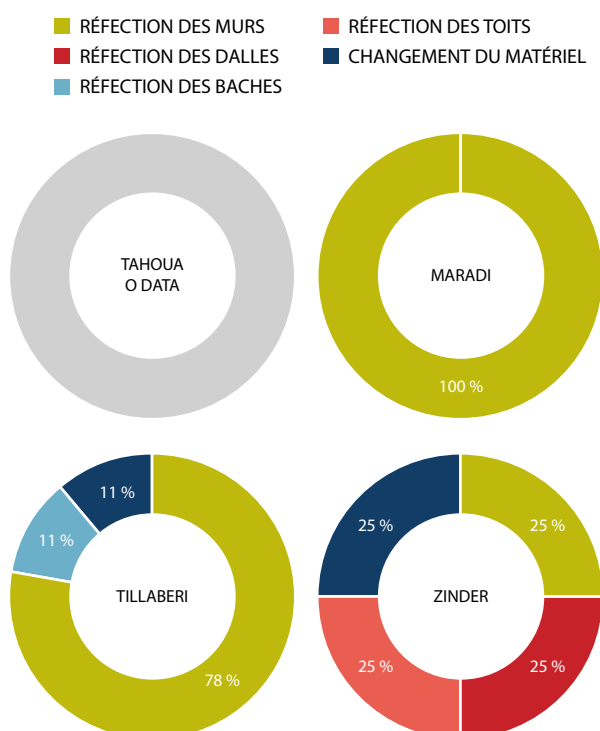
Produits utilisés pour désinfecter les toilettes



La maintenance quant à elle semble se limiter à la réfection des murs et dans une moindre mesure à la réfection de la dalle. Donc, aucun travail de plomberie ni de maçonnerie n'est fait. Des disparités régionales s'observent tout de même: aucune maintenance n'est effectuée à Tahoua alors qu'elle est réelle bien que partielle, à Maradi et Zinder (graphique 2.13).

Graphique 2.13

Types de maintenance des toilettes



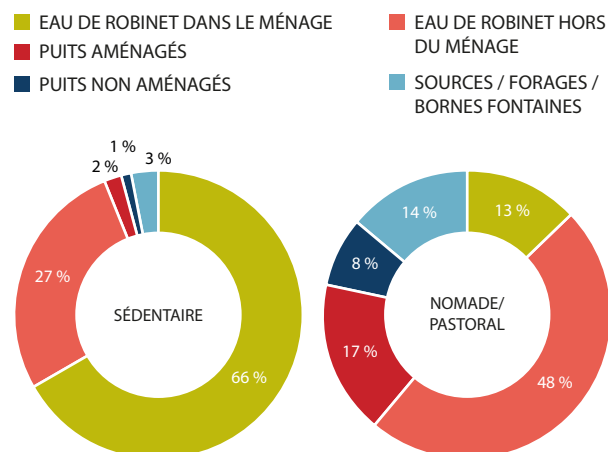
2.2 Une insuffisance des infrastructures WASH dans les ménages

2.2.1 Des sources d'approvisionnement en eau différentes

Les ménages des zones enquêtées recourent à deux principaux types d'approvisionnement en eau : l'approvisionnement en eau auprès des sources modernes (robinet) et l'approvisionnement en eau auprès des sources traditionnelles (puits, sources et rivières). De l'observation du graphique 2.14, il ressort que les ménages sédentaires s'approvisionnent plus auprès des sources modernes, alors que les ménages nomades recourent plus aux sources traditionnelles.

Graphique 2.14

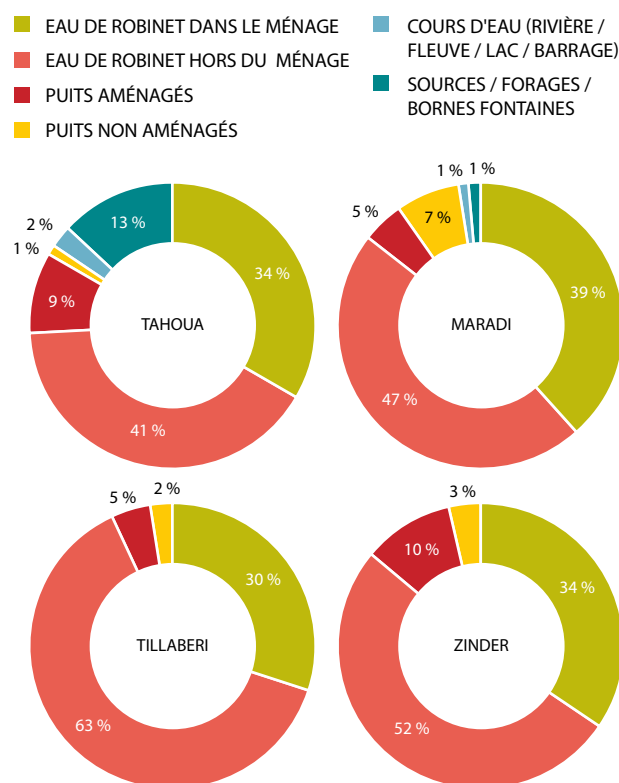
Sources d'approvisionnement en eau selon le statut de résidence



En étudiant les ménages sédentaires, l'on constate que les sources modernes sont dominées par des robinets, notamment situés en dehors des ménages. Le caractère rural de Tahoua apparaît car c'est la région où l'approvisionnement en eau auprès des sources traditionnelles est plus marqué (graphique 2.15).

Graphique 2.15

Sources d'approvisionnement en eau courante

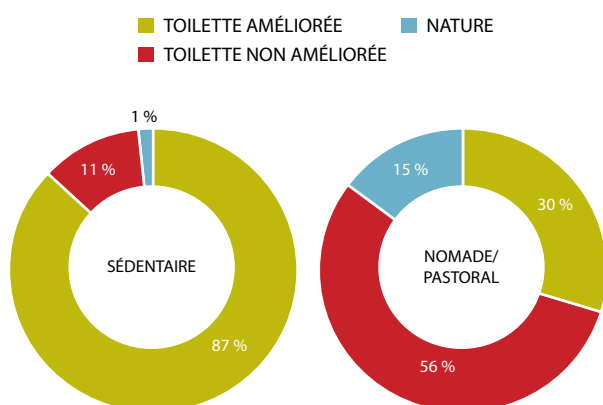


2.2.2 Un usage différent des toilettes

Au Niger, la tendance générale est à l'utilisation d'une seule infrastructure comme latrine et cabine de douche. Aussi, dans ce paragraphe, parler de toilettes renvoie à ces deux utilités. Cela dit, il ressort des analyses que les ménages utilisent plusieurs types de lieux de douche ou de toilettes, et que ceux-ci varient fortement selon qu'il s'agisse des ménages sédentaires ou nomades (graphique 2.16).

Graphique 2.16

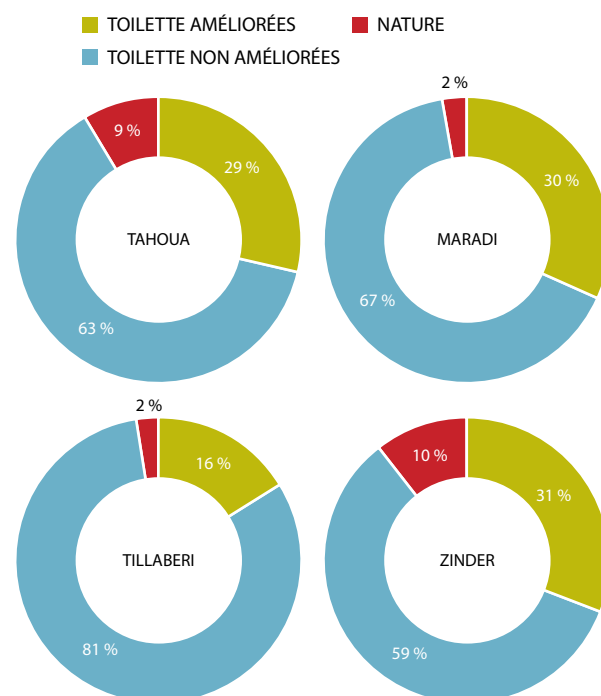
Lieu de douche habituel selon le statut de résidence



Toutefois, on relève que les ménages utilisent principalement les toilettes non améliorées pour leur douche, et ce dans des proportions presque égales selon les régions de l'étude : 59% à Zinder, 63% à Tahoua, 67% à Maradi, et 81% à Tillabéri. Les toilettes non améliorées viennent en recours, et enfin la nature en troisième lieu, toujours dans des proportions presque égales entre les régions.

Graphique 2.17

Principal lieu de douche des ménages

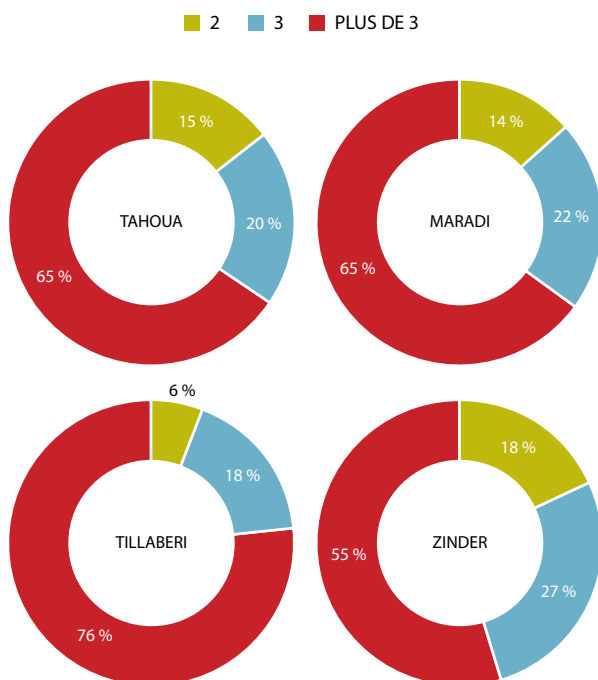


2.2.3 Un nombre élevé d'utilisateurs par toilettes

Les ménages nigériens sont de grande taille, car un ménage compte en moyenne 6,1 personnes (EDSN-II de 1998) contre 5,9 personnes en 2011 (INS, 2011). D'après le graphique 2.18 ci dessous, on constate que quel que soit le statut de résidence (sédentaire ou nomade), les toilettes sont surutilisées, car dans la majorité des cas, jusqu'à trois ménages, c'est-à-dire en moyenne 18 personnes, utilisent les mêmes. Cette situation est observée à proportion égale à Tahoua et Maradi (65%), légèrement plus à Tillabéri (76%) et moins à Zinder (55%).

Graphique 2.18

Nombre de ménages par toilettes

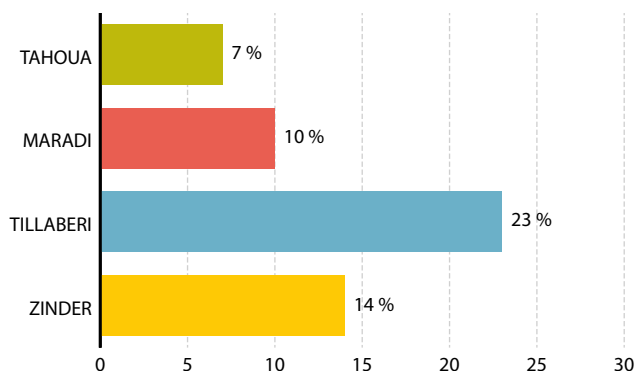


2.2.4 Des toilettes peu propres et peu discrètes

Dans l'ensemble des ménages enquêtés, le niveau de propreté des toilettes est trop faible car il va de 7% à Tahoua, à seulement 23% à Tillabéri qui est la région ayant affiché le taux de propreté le plus élevé (graphique 2.19).

Graphique 2.19

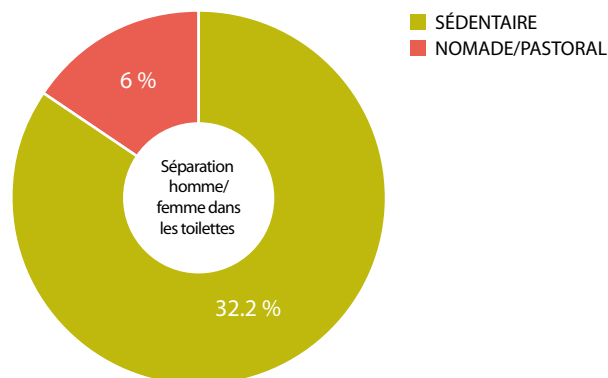
Propreté des toilettes



De plus et selon que l'on se trouve en milieu sédentaire ou en milieu nomade, la séparation entre les hommes et les femmes est rare car les toilettes sont indistinctement utilisées par les hommes et les femmes (graphique 2.20), ce qui ne procure pas un sentiment de discrétion lors de leur usage.

Graphique 2.20

Séparation homme/femme dans les toilettes selon le statut de résidence

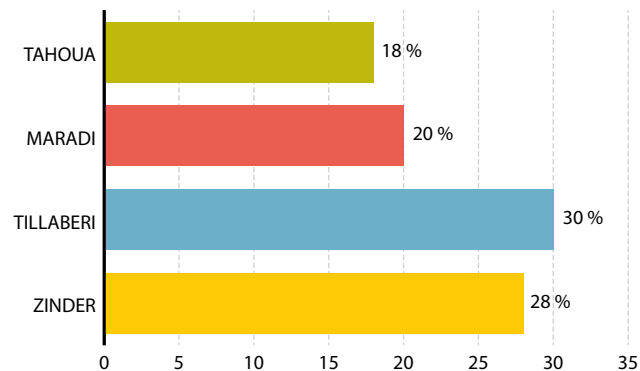


2.2.5 Un faible nombre de toilettes munies de portes et de dispositifs de fermeture de l'intérieur

Dans l'ensemble des milieux (sédentaire ou nomade), la plupart des toilettes ne possèdent pas de portes 18% sous munies à Tahoua, contre 28% à Zinder, et 30% à Tillabéri (graphique 2.21). Ces quelques toilettes avec portes sont dans la plupart des cas faiblement dotées d'un dispositif de fermeture de l'intérieur (graphique 2.22).

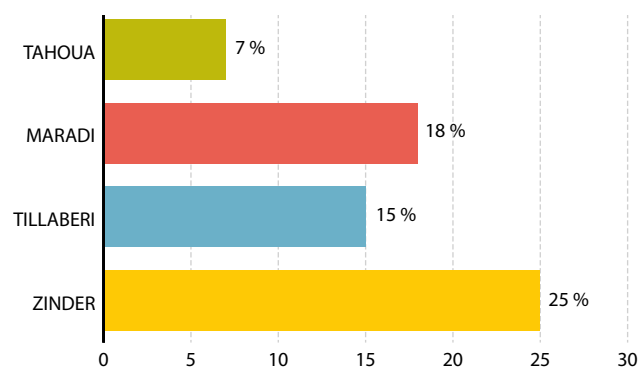
Graphique 2.21

Présence de portes d'accès aux toilettes



Graphique 2.22

Des portes avec dispositif de fermeture à l'intérieur

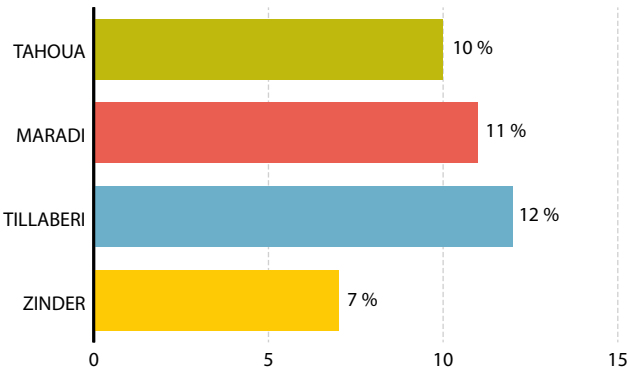


2.2.6 Des toilettes garantissant un minimum de sécurité

Disposant rarement de portes et d’accessoires de fermeture de l’intérieur, les toilettes investiguées ne confèrent aux ménages qui les utilisent qu’un faible sentiment de sécurité, sentiment exprimé à 7% à Tahoua contre 12% à Tillabéri (graphique 2.23).

Graphique 2.23

Sentiment de sécurité dans les toilettes



2.2.7 Un minimum de sécurité diversement expliqué

De l’avis même des répondants, les toilettes utilisées ne garantissent pas la sécurité lors de leur utilisation. Les raisons avancées sont diverses et en proportion presque égale entre les régions étudiées. Elles vont du manque de luminosité et d’aération à l’inadaptation et la précarité des matériaux, en passant par l’éloignement et l’absence de séparation homme/femme (tableau 2.2).

2.2.8 Des toilettes disposant de savon

À l’inverse de la situation observée au niveau communautaire, les toilettes dans les ménages sont pourvues de savon quel que soit le statut de résidence sédentaire ou nomade (graphique 2.24) et la région d’étude considérée (graphique 2.25).

Graphique 2.24

Disponibilité du savon dans les toilettes selon le statut de résidence

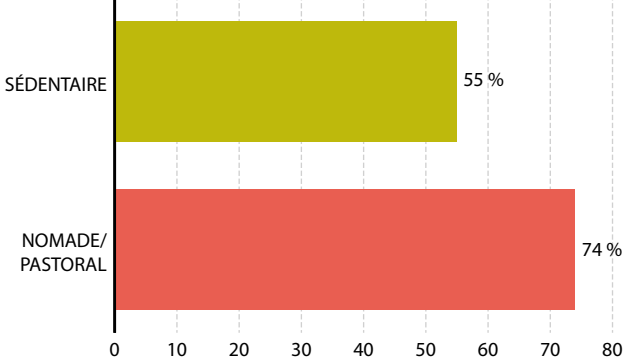


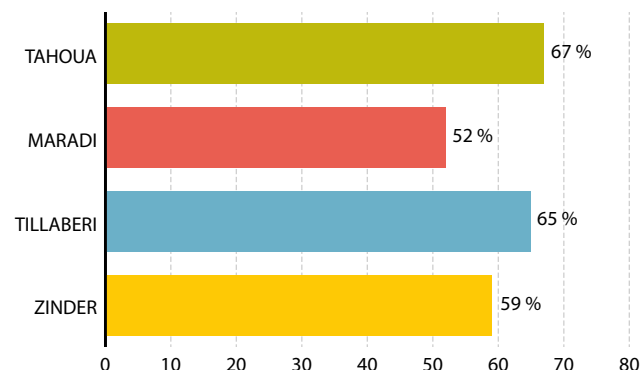
Tableau 2.2

Motifs du sentiment d’insécurité dans les toilettes au niveau des ménages

RAISONS DE L'INSÉCURITÉ DANS LES TOILETTES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABÉRI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Pas de séparation hommes/femmes	91	96	89	93
Infrastructure inadaptée pour personne à mobilité réduite	85	93	82	89
Manque de luminosité	84	80	82	85
Précarité des matériaux de construction	80	57	63	67
Insalubrité	78	69	74	81
Eloignement des toilettes	64	84	66	89
Manque d'aération	62	70	76	78
Risque de viol	51	62	63	74

Graphique 2.25

Disponibilité du savon dans les toilettes

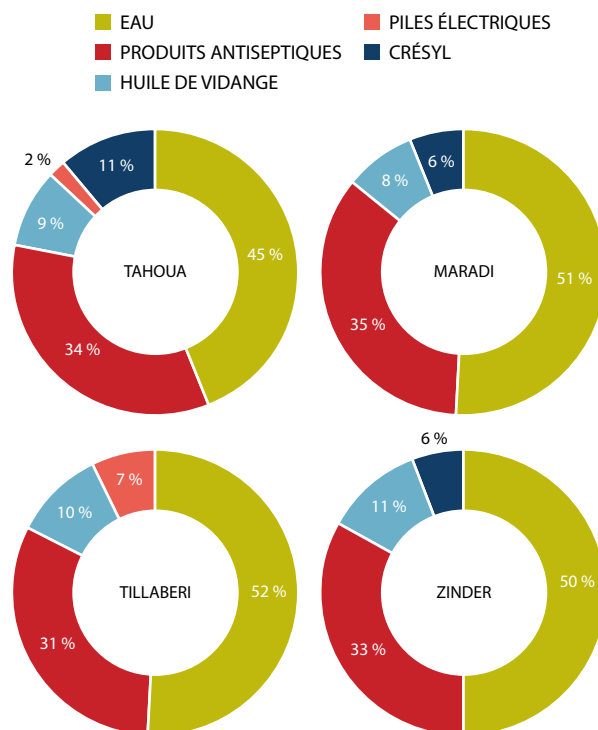


2.2.9 Une fréquence plutôt hebdomadaire d'entretien des toilettes

Les toilettes au niveau des ménages sont entretenues à une fréquence majoritairement hebdomadaire, sans réelle disparité entre les régions de l'étude : en dehors de Tahoua qui a enregistré une proportion de 81%, les autres régions affichent des proportions presque égales (graphique 2.26). Les produits utilisés pour l'entretien des toilettes sont dans l'ensemble constitués d'eau et de désinfectants (graphique 2.27).

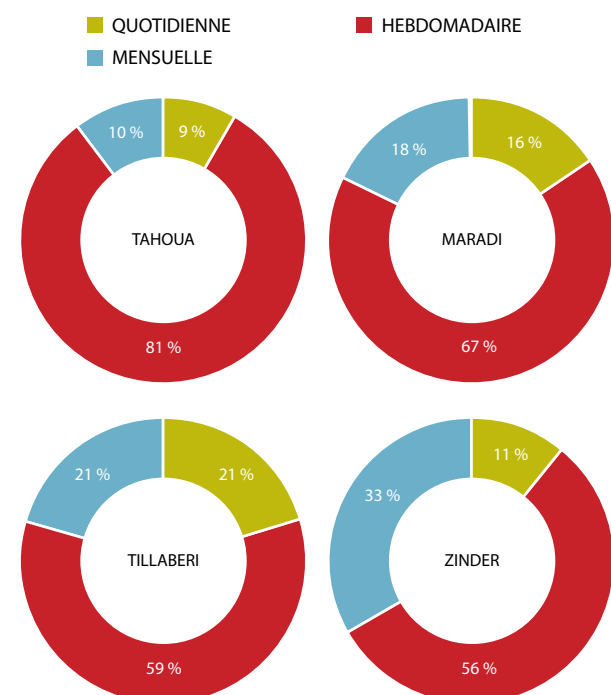
Graphique 2.27

Produits d'entretien utilisés



Graphique 2.26

Fréquence d'entretien des toilettes

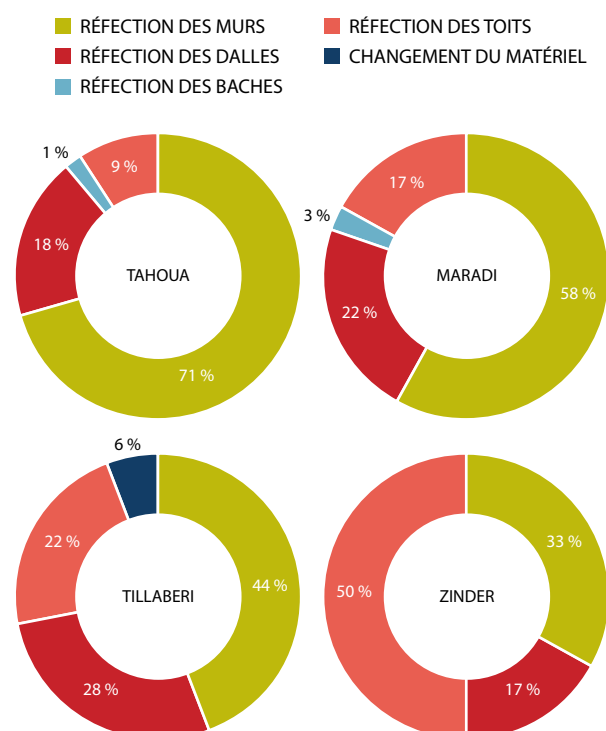


2.2.10 Maintenance des toilettes

La maintenance des toilettes est effective dans les ménages et dans toutes les quatre régions de l'étude. Cette maintenance consiste principalement en la réfection des murs et toits, ensuite des dalles placées au-dessus du trou et des bâches qui soit entourent les toilettes, soit qui servent de portes (graphique 2.28).

Graphique 2.28

Type de maintenance des toilettes



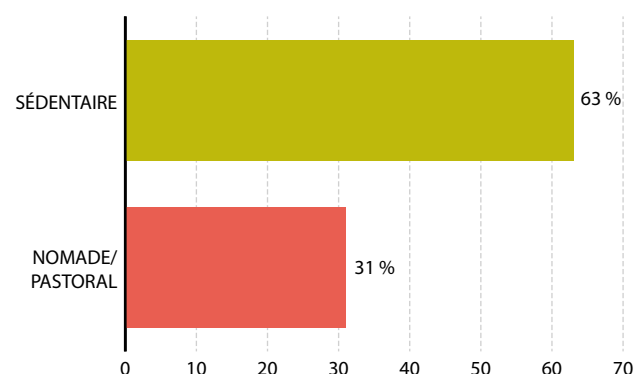
2.2.11 Insuffisance notable des outils de collecte et de gestion des déchets hygiéniques

Au niveau des ménages, les toilettes manquent de poubelles de collecte des serviettes hygiéniques inutilisables ou d'autres rebuts domestiques utilisés pour la gestion des menstrues (graphique 2.29).

Cette absence de poubelles est très marquée quelle que soit la région d'étude.

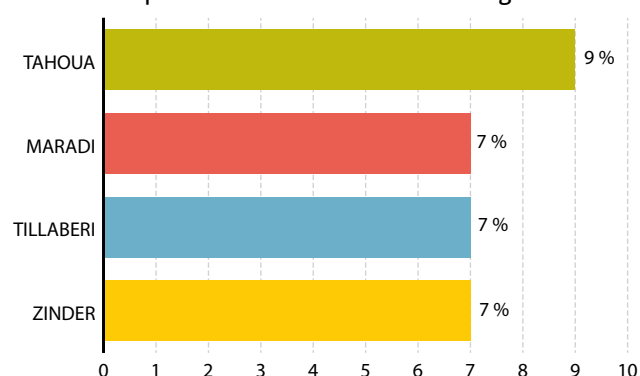
Graphique 2.29

Présence de poubelles pour jeter les serviettes hygiéniques/déchets selon le statut de résidence



Graphique 2.30

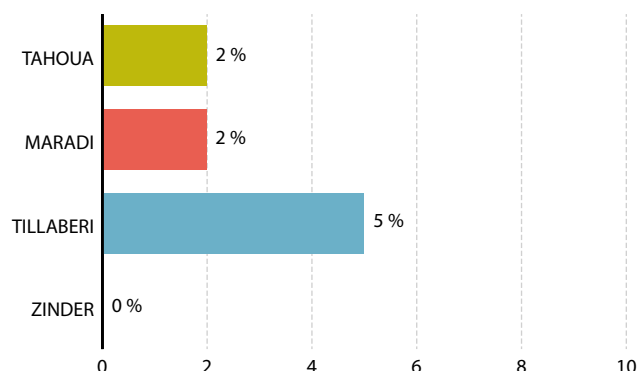
Présence de poubelles dans les différentes régions



De plus, on note une absence de structure d'assainissement ou de recyclage pour l'évacuation des déchets domestiques voire hygiéniques. Faiblement existantes à Tillabéri (5%), Maradi (2%), et Tahoua (2%), ces structures sont quasi absentes à Zinder (graphique 2.31).

Graphique 2.31

Existence de sociétés d'assainissement



Tant dans les ménages que dans les communautés, les infrastructures WASH sont existantes mais ne sont pas toujours fonctionnelles. Par ailleurs, les toilettes utilisées aussi bien au niveau des ménages que communautaires sont pour la plupart peu propres et non assainies. Bref, elles ne respectent pas les normes des équipements WASH notamment en matière de sécurité, d'entretien, de disposition, de régulation et contrôle, etc². Par conséquent, ces toilettes ne se prêtent pas à une bonne hygiène menstruelle.

2 Les normes minimales dans le secteur de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène constituent l'expression pratique des principes et droits formulés dans la Charte humanitaire. Celle-ci traite des exigences les plus fondamentales afin de préserver la vie et la dignité des personnes. Les normes stipulent qu'il faut 250 personnes par point d'eau communautaire, 1 lavoir pour 25 personnes, un maximum de 5 personnes par toilettes/latrines, L'utilisation des toilettes est organisée par ménage, les toilettes séparées pour les femmes et les hommes sont disponibles dans les lieux publics (marchés, centres de distribution, centres de santé, etc.), Les toilettes communes ou publiques sont nettoyées et entretenues de façon à ce qu'elles soient utilisées par tous les usagers prévus, les toilettes se situent à 50 mètres, au plus, des habitations, les toilettes sont utilisées de la façon la plus hygiénique possible, et les fèces des enfants sont éliminées immédiatement et de manière hygiénique, toutes les toilettes construites qui utilisent une chasse d'eau ou un siphon hydraulique sont approvisionnées en eau de manière adéquate et régulière, les latrines à fosse et les puits perdus (pour la plupart des sols) se situent à au moins 30 mètres de toute source de la nappe phréatique (source souterraine) et le fond des latrines est à au moins 1,5 mètres au-dessus du niveau hydrostatique. Les boues drainées ou débordant des systèmes de défécation ne doivent pas s'écouler dans la direction d'une source d'eau de surface ni d'une source (souterraine) peu profonde, les personnes se lavent les mains après la défécation et avant de manger et de préparer des aliments, les ménages doivent disposer d'outils et du matériel pour la construction, l'entretien et le nettoyage de leurs propres toilettes, les femmes et les filles qui ont leurs règles auront accès à des articles appropriés pour l'absorption et l'élimination des menstrues, etc. (Oxfam/Projet Sphère, 2004).



CONNAISSANCES GÉNÉRALES DE LA POPULATION SUR LA GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE

Dans ce chapitre, nous essayons de savoir si les jeunes filles et les femmes sont suffisamment informées sur les changements biologiques liés aux menstruations et sur le cycle menstruel. Un indicateur composite dénommé « bonne connaissance de la GHM » a été construit afin d'effectuer un profilage des personnes (hommes comme femmes) ayant une bonne connaissance de la GHM.

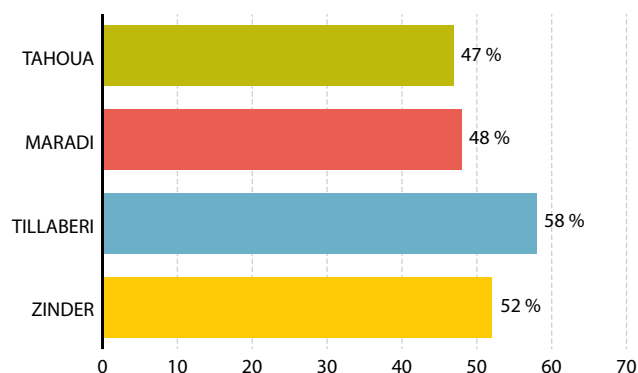
3.1 Une connaissance approximative des femmes nigériennes sur la GHM

3.1.1 Connaissance du cycle menstruel

La connaissance du cycle menstruel ici renvoie à la connaissance de ce qu'est le cycle menstruel et de son propre cycle. Dans l'ensemble de l'échantillon, près de la moitié des répondantes affirment savoir ce qu'est le cycle menstruel, cependant quelques variations existent selon les régions (graphique 3.1).

Graphique 3.1

Informations sur le cycle menstruel

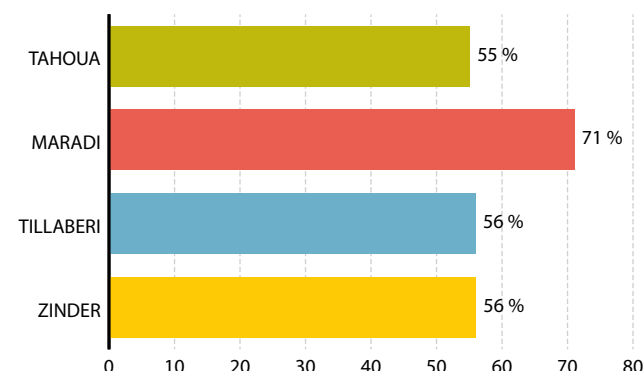


3.1.2 Informations sur les premières règles et conscience de l'occurrence des règles

Les femmes qui sont informées des premières règles sont relativement nombreuses et ce, quelle que soit la région de résidence considérée (graphique 3.2). Cependant, la connaissance approfondie de l'apparition de ces règles, tout au moins les premières, échappe à beaucoup d'entre elles, exception faite des femmes de Maradi (graphique 3.3).

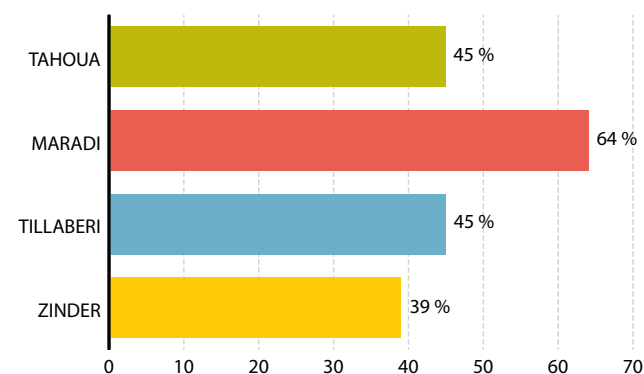
Graphique 3.2

Informations sur les 1^{ères} règles



Graphique 3.3

Conscience de la survenue des règles



3.1.3 Émotions vécues lors des premières règles

Toutes régions confondues, diverses émotions ont été ressenties lors de l'apparition des premières règles, et dans l'ensemble surtout de la tristesse. En effet, seulement 5% des répondantes ont affirmé avoir vécu une émotion heureuse (tableau 3.1).

3.1.4 Partage d'informations avant et après la survenue des premières règles

Le tableau 3.2 ci-dessous indique que le cercle familial et la sensibilisation constituent la première sphère de communication des femmes au sujet de leurs premières règles. Dans ce

cercle, la communication est plus fluide avec les personnes de même sexe (mère, sœur, grand-mère). Le deuxième cercle est constitué du personnel de santé et des enseignants ou camarades de classe. On remarque que la communication au sujet de leurs menstrues est difficile avec les hommes ou garçons, fussent-ils leurs époux, pères ou frères.

La même tendance s'observe au niveau de la communication après la survenue des premières règles. Sauf qu'à ce moment, les échanges sont moins courants avec les agents de sensibilisation et sont légèrement accrus avec les pairs/amies (tableau 3.3).

Tableau 3.1

Émotions vécues lors des premières règles

SENTIMENTS LORS DES PREMIÈRES RÈGLES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Peur	73	67	62	46
Indifférente	61	41	14	16
Dégout	11	15	21	30
Mécontente	26	18	41	14
Heureuse	0	0	0	5

Tableau 3.2

Personnes avec qui les femmes ont échangé avant l'apparition des premières règles

PERSONNES À QUI L'ON A PARLÉ DES RÈGLES AVANT LES PREMIÈRES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Mère	96	77	86	73
Sœur	89	72	84	79
Amie	75	76	76	67
Sensibilisation	73	62	71	58
Personnel de santé	53	28	53	52
Enseignant/Camarades	51	56	80	55
Autre femme de la famille	48	31	4	73
Père	17	13	0	15
Grand-mère	15	10	8	85
Frère	2	2	4	24
Autre homme de la famille	2	3	0	42

Tableau 3.3

Personnes avec qui les femmes ont échangé après l'apparition des premières règles

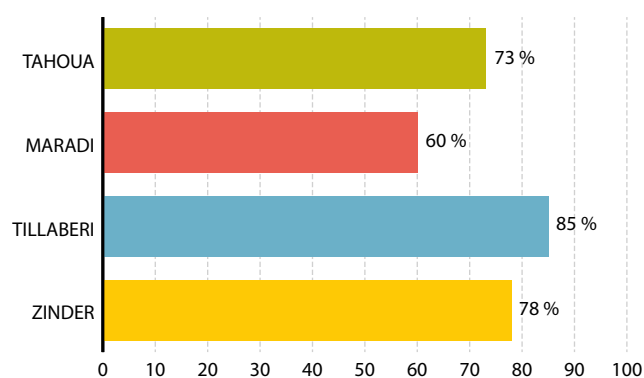
PREMIÈRES PERSONNES À QUI LES FEMMES ONT PARLÉ APRÈS LES PREMIÈRES RÈGLES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Mère	38	36	38	38
Sœur	36	30	30	32
Amie	20	22	20	14
Autre femme de la famille	3	7	8	8
Grand-mère	0	2	1	3
Frère	1	1	0	3
Père	0	1	0	0
Autre homme de la famille	1	0	0	0
Agent de Sensibilisation	0	0	0	0
personnel de santé	1	1	3	3
Total	100	100	100	100

3.1.5 Une sensibilisation accrue au sujet des règles

Les femmes qui ont reçu ou assisté à des séances de sensibilisation sont nombreuses. Les proportions vont de 60% à Maradi, à 78% à Zinder (graphique 3.4)

Graphique 3.4

Participation à des séances de sensibilisation sur les menstrues



3.1.6 Participation à des séances de sensibilisation et conseils reçus

Les organisateurs des séances de sensibilisation sur les menstrues chez les femmes au Niger sont principalement les Nations Unies et les ONG à caractère international (tableau 3.4).

Quelle que soit la région de résidence, les conseils reçus lors de ces séances de sensibilisation, sont nombreux et divers (tableau 3.5), mais tous concourent à une bonne prise en main de la GHM par les femmes elles-mêmes.

3.1.7 Une connaissance réelle de l'origine des règles

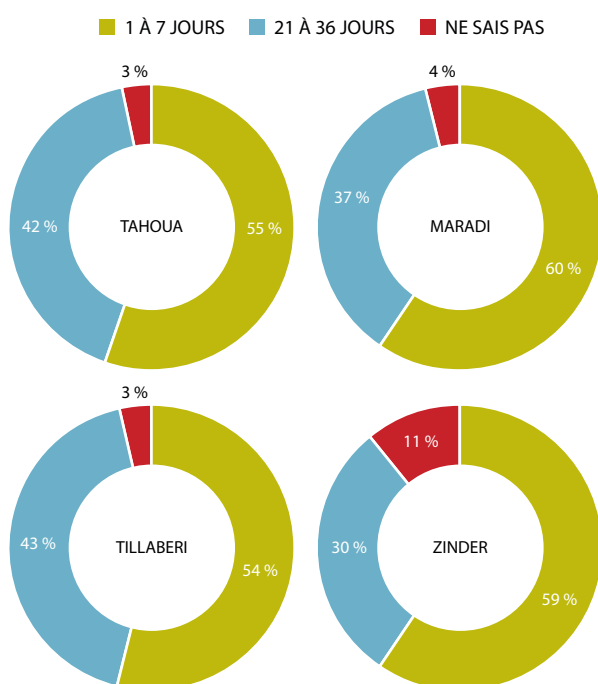
Une bonne proportion des répondantes considère que les règles sont un phénomène naturel (69% dans l'ensemble) qui survient à l'âge de la puberté (62%). Elles associent peu la survenue des règles aux phénomènes irrationnels tels que la malédiction ou le péché.

3.1.8 Une bonne connaissance de la durée réelle des règles et du cycle menstruel

Sont également nombreuses les femmes qui ont une connaissance de la durée réelle des règles. Quelle que soit la région de résidence, les proportions sont au-dessus de la moyenne (graphique 3.5). On peut y voir l'effet de la régularité car y étant mensuellement exposées, elles ont fini par s'aviser de la durée normale et connaître également la durée d'un cycle menstruel (graphique 3.6).

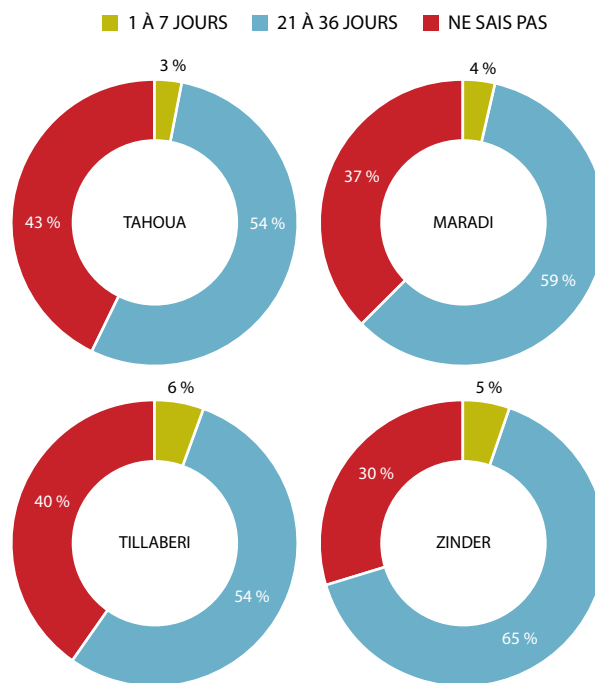
Graphique 3.5

Connaissance de la durée normale des règles



Graphique 3.6

Connaissance de la durée du cycle menstruel

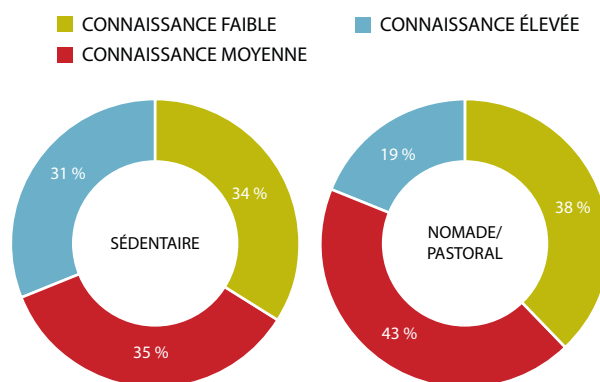


3.1.9 In fine, une connaissance moyenne de la GHM par les femmes

Certes, les répondantes ont affiché un niveau de connaissance suffisant de la durée des règles et du cycle menstruel, mais en prenant en compte les indicateurs de Connaissance de la GHM³, l'on note que leur niveau général de connaissance est du moins faible, sinon moyen (graphique 3.7).

Graphique 3.7

Niveau général de connaissance de la GHM chez les femmes selon le statut de résidence



3 L'indicateur sur la connaissance de la GHM renfermait les questions suivantes: Pourquoi les filles et les femmes ont-elles les règles ? Avez-vous déjà entendu parler du cycle menstruel ? Quelle est la durée normale de vos règles ? Savez-vous compter les jours d'un cycle menstruel ? Quelle est la durée de votre cycle ?

Tableau 3.4

Principaux organisateurs des séances de sensibilisation sur les premières règles

ORGANISATEUR DE SÉANCES DE SENSIBILISATION	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Nations Unies	75	60	69	72
ONG humanitaire	62	63	66	55
Structure étatique	9	18	35	45
La Communauté hôte	0	15	3	55
Ma communauté	0	4	0	48

Tableau 3.5

Conseils reçus lors des séances de sensibilisation sur les premières règles

CONSEILS REÇUS LORS DE LA SENSIBILISATION	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Comment gérer ses menstrues	80	65	82	86
Matériel à utiliser	62	53	78	72
Comment rester propre	70	54	73	76
Comment gérer la douleur	48	31	57	55
Ne pas avoir honte des règles	60	35	69	86
Les choses/activités à éviter	35	34	35	55
Gestion des protections après usage	46	60	58	59

Tableau 3.6

Raisons pour lesquelles les femmes ont des règles

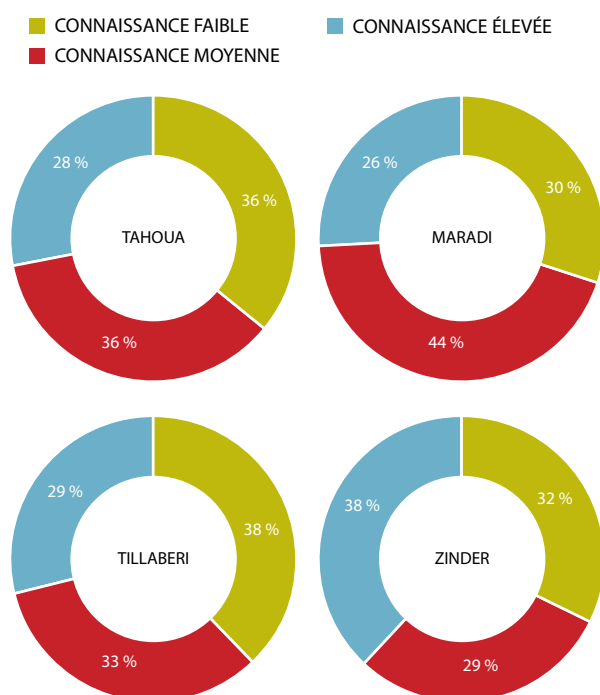
RAISONS POUR LESQUELLES LES FEMMES ONT DES RÈGLES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Phénomène naturel	68	65	68	76
Puberté/Maturité biologique	60	63	63	62
Ne sais pas	21	21	28	22
Hormones	4	39	66	41
Péché	0	1	6	11
Malédiction	1	1	3	3

Sur un plan régional, le niveau de connaissance est presque identique.

In fine, dans les localités visitées dans le cadre de la présente étude, les connaissances des femmes sur la gestion de l'hygiène menstruelle, au regard des données socio-anthropologiques obtenues, peuvent s'évaluer sur la base de la définition donnée aux menstrues par les femmes, de l'âge aux premières menstrues, et de la signification de la survenue des règles chez la femme.

Graphique 3.8

Niveau général de connaissance de la GHM chez les femmes selon les régions



Pour ce qui est de la définition des règles, les femmes mentionnent évidemment le sang. « Les règles sont le sang qui sort du vagin de la femme », mentionne cette femme de la localité Rougga Marrini. Elles précisent aussi les différents termes par lesquels on désigne les règles dans leurs communautés. Par exemple, dans les hameaux peulh, les règles sont nommées par les termes « wanki » et « hayla » » (Fgd Femmes Rougga Marrini).

La signification donnée aux menstrues rattache celles-ci directement à la capacité de la femme ayant ses règles à enfanter. Pour elles, « c'est grâce aux menstrues que la femme arrive à procréer. La femme qui ne voit pas les menstruations ne peut pas avoir d'enfant ». En d'autres termes, les règles apparaissent comme étant la condition sine qua none pour une femme de valoriser sa féminité et surtout sa maternité. Elles évoluent d'ailleurs dans un contexte où les jeunes filles se marient généralement tôt, dès l'âge de la puberté. « Les premières règles

interviennent chez la fille en étant mariée, à partir de 14 ans », soutient cette informatrice qui précise d'ailleurs que la fille qui voit ses menstrues étant encore chez ses parents attire le regard de la collectivité, et répand donc la honte sur sa famille.

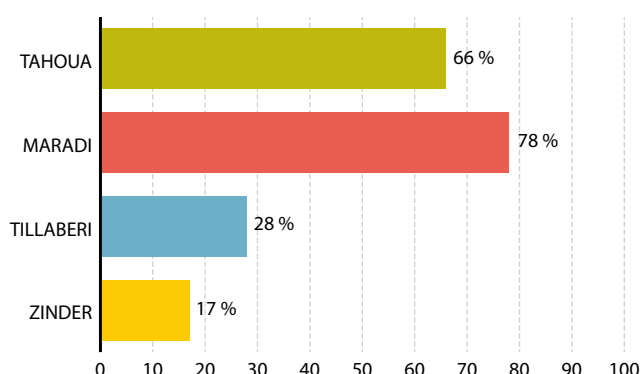
3.2 Une connaissance sommaire des hommes au sujet de la GHM

3.2.1 Connaissance des règles et recherche d'information/conseils sur le sujet

Bien qu'étant un phénomène associé à la femme, la question des menstrues intéresse tout aussi bien les hommes. Au Niger, de nombreux hommes à des proportions variables selon les régions de l'étude (graphique 3.9), s'en intéressent et ont même reçu des informations/explications à propos (graphique 3.10).

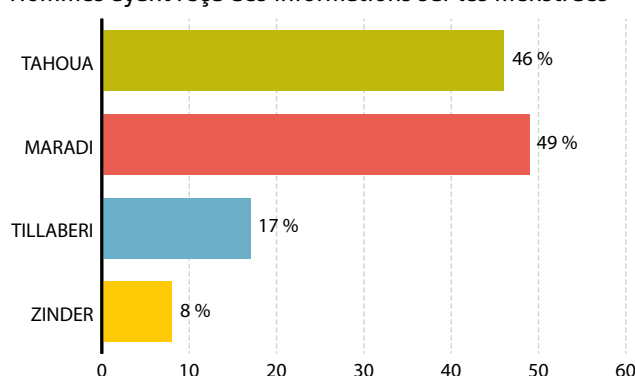
Graphique 3.9

Connaissance sur les menstrues



Graphique 3.10

Hommes ayant reçu des informations sur les menstrues



3.2.2 Types de conseils ou d'informations reçus au sujet des menstrues

Au cours des séances de sensibilisation auxquelles ils ont assisté, l'attention des hommes a été attirée sur les aspects liés à la prise en charge des menstrues (mesures hygiéniques à prendre) et sur les activités à éviter (tableau 3.7).

3.2.3 Partage d'informations au sujet des menstrues

Le tableau ci-dessous indique que le personnel de santé, les camarades de classe ou collègues/amis et les organisateurs des séances de sensibilisation constituent les premières personnes avec qui les hommes parlent des menstrues. Ensuite viennent leurs conjointes ou amies (Tableau 3.8).

Tableau 3.7

Conseils reçus lors de la sensibilisation

CONSEILS REÇUS LORS DE LA SENSIBILISATION	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Matériel à utiliser	95	85	0	0
Comment gérer ses menstrues	86	83	30	0
Comment rester propre	86	87	30	100
Les choses / Activités à éviter	79	79	0	0
Ne pas avoir honte des règles	65	83	30	0
Gérer les protections après usage	61	83	90	100
Comment gérer la douleur	1	58	60	50

Tableau 3.8

Personnes avec qui les femmes ont échangé avant l'apparition des premières règles

PREMIÈRES PERSONNES AVEC QUI L'ON A PARLÉ DES MENSTRUES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Sensibilisation	32	75	50	100
Enseignant/Camarades	46	61	63	100
Amie	16	48	31	0
Personnel de santé	13	67	19	0
Mère	0	73	0	0
Sœur	0	55	0	100
Grand-mère	0	51	12	0
Autre femme de la famille	3	42	0	0
Frère	1	54	31	0
Père	0	48	31	0
Autre homme de la famille	0	52	6	0

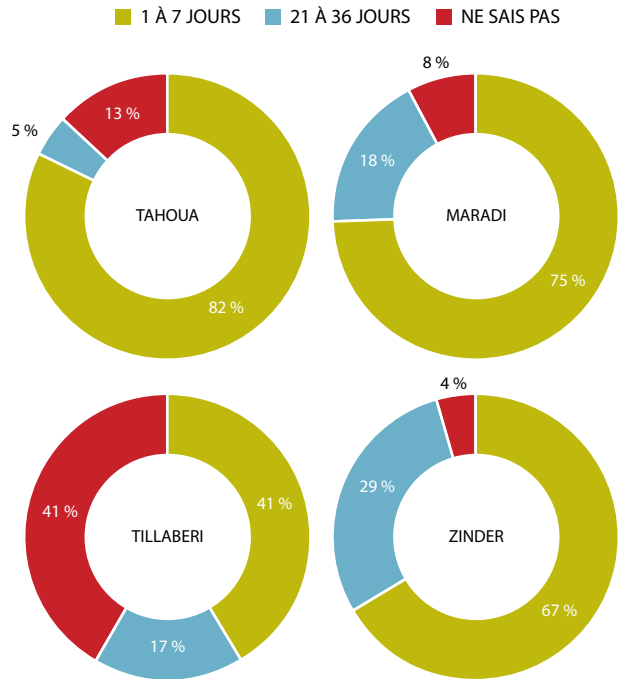
Tableau 3.9
Raisons pour lesquelles les filles ont des règles

RAISONS POUR LESQUELLES LES FILLES ONT DES RÈGLES	RÉGION			
	TAHOUA <i>Fréquence (en %)</i>	MARADI <i>Fréquence (en %)</i>	TILLABERI <i>Fréquence (en %)</i>	ZINDER <i>Fréquence (en %)</i>
Phénomène naturel	88	69	71	100
Puberté/Maturité biologique	73	74	50	100
Hormones	2	66	47	100
Malédiction	0	29	38	54
Péché	0	36	38	54
Ne sais pas	0	15	36	0,

3.2.4 Raisons pour lesquelles les femmes ont des menstrues
Toutes régions confondues, les hommes pensent que les menstrues sont un phénomène naturel (100% à Zinder contre 70% à Tillabéri et 88% à Tahoua). Cependant, dans 3 régions sur 4, la survenue des menstrues est associée à la malédiction et au péché.

3.2.5 Une assez bonne connaissance de la durée des règles et du cycle menstruel
Dans l’ensemble de l’échantillon et exception faite de Tillabéri (41%), plus de la moitié des hommes enquêtés dans les régions de Tahoua (82%), Maradi (75%), et Zinder (67%) affirment connaître la durée normale des règles chez la femme.

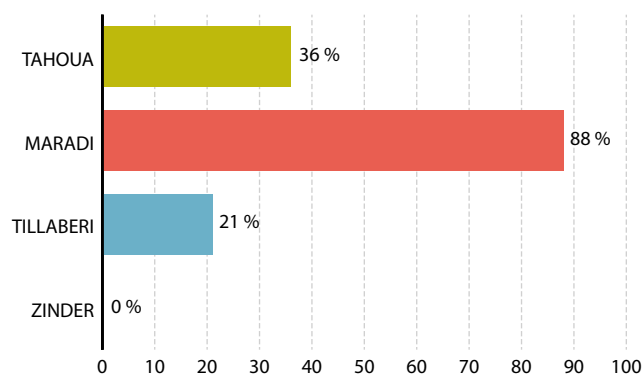
Graphique 3.11
Connaissance de la durée normale des menstrues chez les femmes



Pour ce qui est du cycle menstruel, trois régions seulement sur les quatre ont abordé la question, avec des proportions fort différentes (graphiques 3.12 et 3.13).

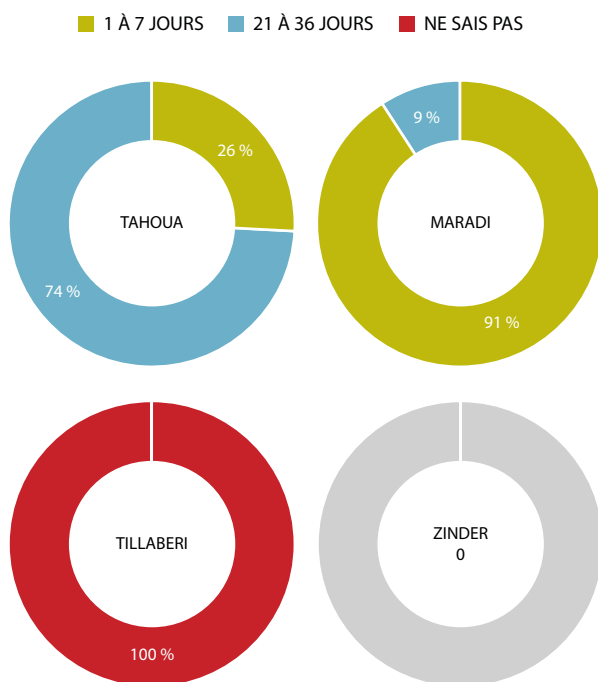
Graphique 3.12

Savoir compter les jours du cycle menstruel d'une femme



Graphique 3.13

Durée du cycle d'une femme



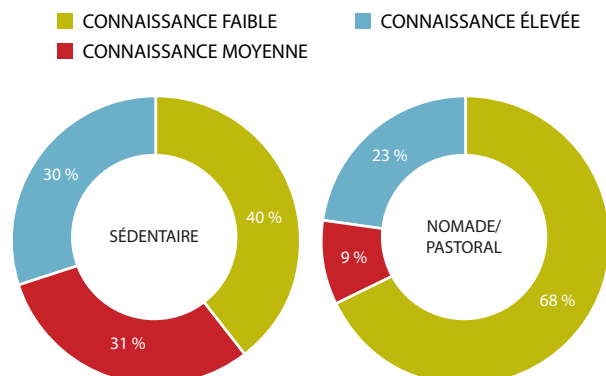
3.2.6 Une connaissance vague de la GHM chez les hommes

Certes, les répondants ont affiché un niveau de connaissance suffisant de la durée des règles et un intérêt au sujet du cycle menstruel, mais quand on prend en compte les indicateurs de *Connaissance de la GHM*⁴, nous constatons que leur niveau de connaissance générale reste faible (graphique 3.14).

4 L'indicateur sur la connaissance de la GHM comprenait les questions suivantes : Pourquoi les filles et les femmes ont-elles leurs règles ? Avez-vous déjà entendu parler du cycle menstruel ? Quelle est la durée normale des règles ? Savez-vous compter les jours d'un cycle menstruel ? Quelle est la durée d'un cycle ?

Graphique 3.14

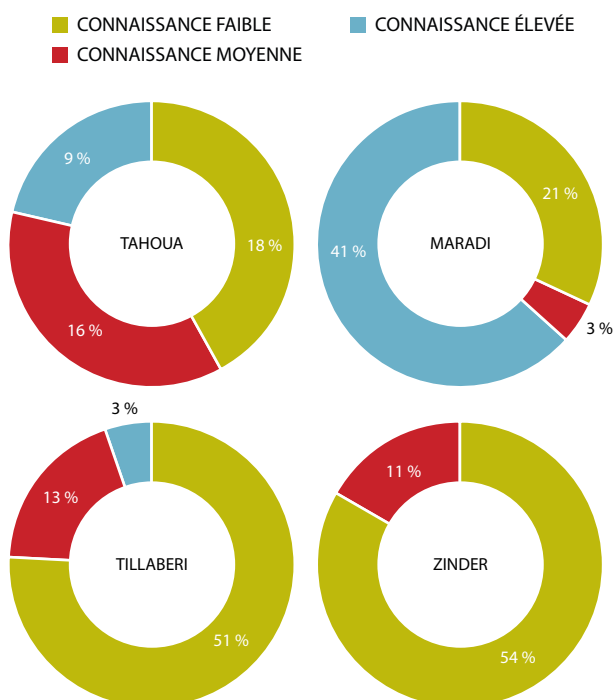
Niveau général de connaissance de la GHM chez les hommes selon le statut de résidence



Sur un plan régional, le niveau de connaissance est moyen dans l'ensemble, davantage faible qu'élevé.

Graphique 3.15

Niveau général de connaissance des hommes au sujet de la GHM selon les régions de l'étude



Ces analyses quantitatives sont complétées par l'analyse qualitative dont les principaux résultats montrent que les hommes, et surtout les jeunes garçons rencontrés dans les localités au Niger ont élaboré des construits sur les menstrues des femmes. Ces idées véhiculées en milieux masculins à propos des règles sont très souvent en déphasage avec la réalité. Par exemple, pour ce qui est de la définition que les jeunes garçons donnent aux menstrues, ils les assimilent à une « maladie ». À l'occasion d'une discussion de groupe avec les garçons non mariés, l'un d'eux définit ainsi les règles :

« Maladie au cours de laquelle les femmes saignent tous les mois ou à la fin de chaque mois durant 03 à 07 jours. Certaines voient leurs règles tous les 3 mois. Ceci concerne les filles et femmes de 14 à 50 ans »⁵.

Comme on peut le constater, les informations données sur l'âge de la fille à ses premières menstrues sont assez différentes de celles données ailleurs par d'autres informateurs. Quant à la signification que les jeunes garçons donnent aux menstrues, elle présente les règles comme étant le facteur de maturation sociale de la fille. D'un informateur à l'autre, on trouve différentes significations : « Les menstrues sont un signe de « Balaga », maturité pour la fille » ; « Ce qui explique qu'elle a besoin d'un homme » ; « Elle est prête à avoir des rapports sexuels avec les hommes », etc.

3.3 Profil des femmes et des hommes en matière de connaissance de la GHM

3.3.1 Profil des femmes possédant une connaissance faible ou moyenne en matière de GHM

L'analyse de ce premier plan factoriel permet de mettre en exergue le groupe de femmes possédant une connaissance faible ou moyenne en matière de GHM.

Ce groupe est constitué des femmes nomades originaires de la région de Maradi et qui sont célibataires. Celles-ci résident en milieu rural et ont un niveau d'instruction tout au plus de secondaire 1er cycle. Enfin, ce sont des femmes sans religion ou de religion chrétienne qui sont femmes au foyer ou exercent des activités agropastorales.

3.3.2 Profil des hommes possédant une faible connaissance en matière de GHM

À partir de ce plan factoriel, nous pouvons catégoriser les hommes possédant une faible connaissance de la GHM.

Ce groupe est constitué d'hommes nomades originaires de la région de Tahoua. Ces individus résident en milieu rural et sont sans religion ou de religion musulmane. Par ailleurs, ils exercent des activités agropastorales.

⁵ FGD Garçons non mariés, KouranDaga, Novembre 2016.

Figure 3.1

Plan factoriel représentant la catégorisation des femmes selon certaines caractéristiques

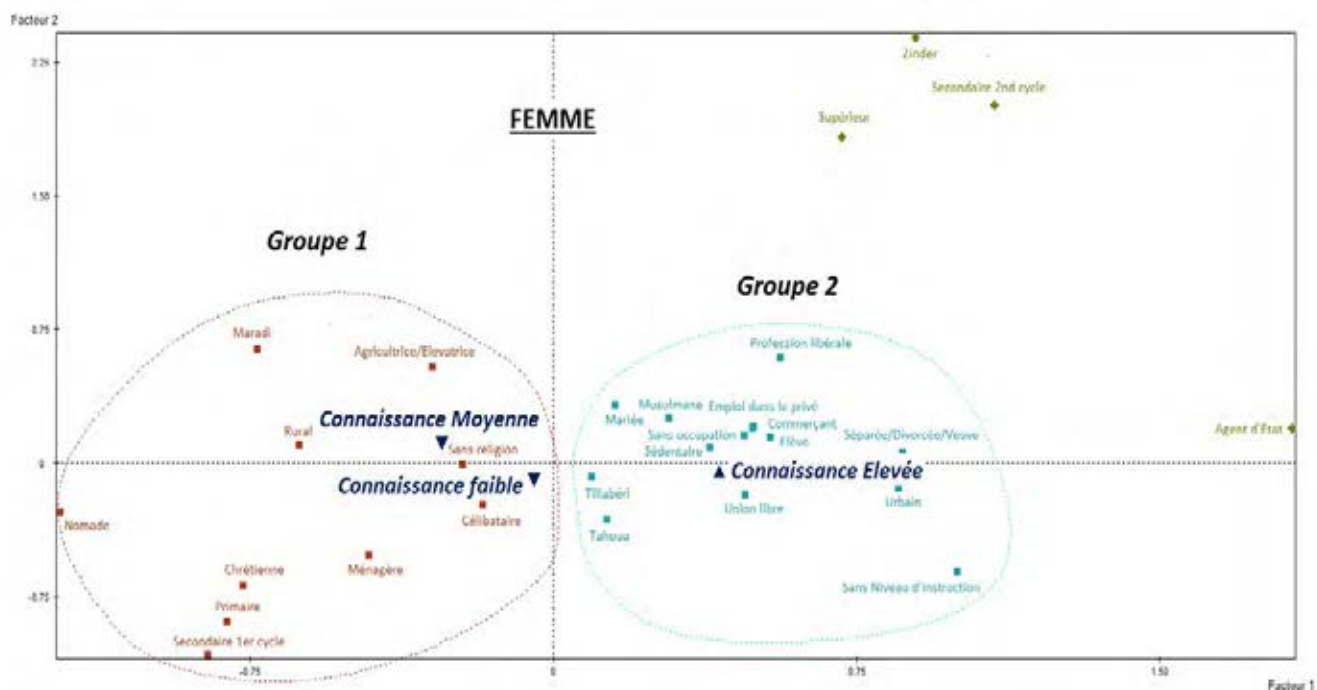
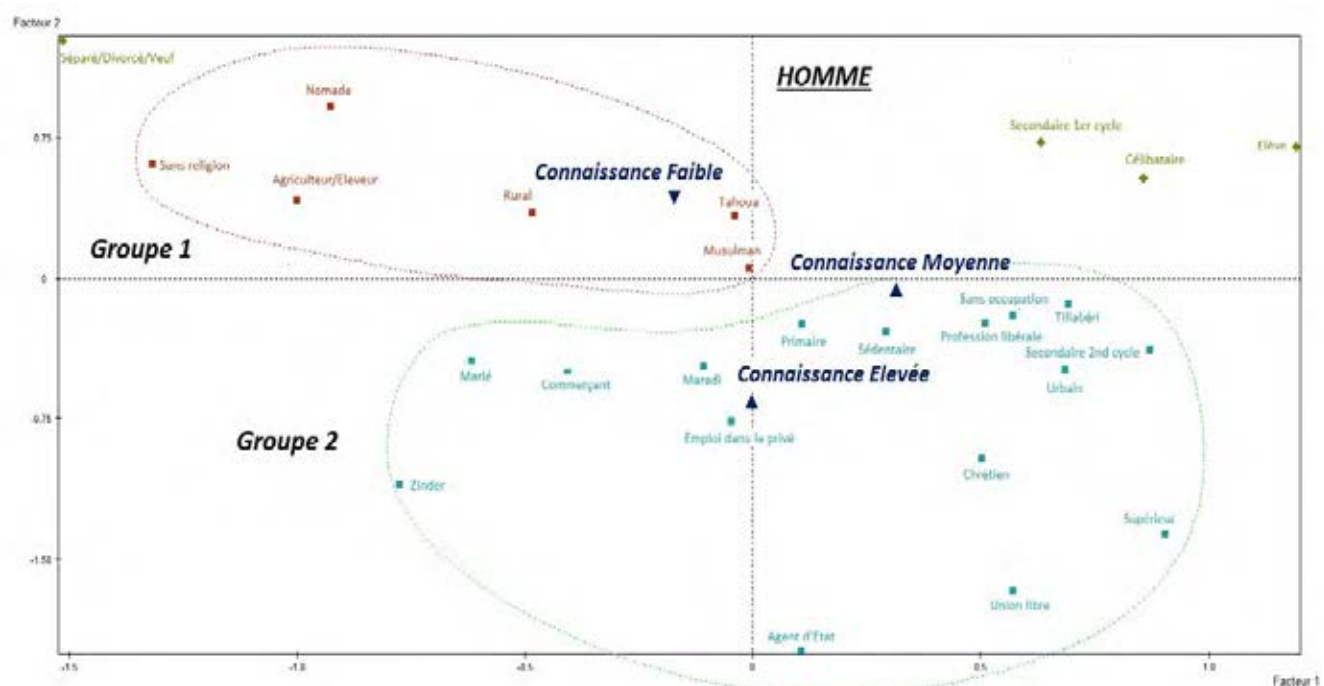


Figure 3.2

Plan factoriel représentant la catégorisation des hommes selon certaines caractéristiques





PRATIQUES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS EN MATIÈRE D'HYGIÈNE MENSTRUELLE

Conformément à l'un des objectifs de l'étude, ce chapitre décrit les pratiques, les attitudes et les comportements en matière d'hygiène menstruelle. Ces pratiques permettent d'effectuer une analyse sommaire d'éventuels problèmes de santé, sociaux et/ou environnementaux liés à une mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle.

4.1 Des pratiques de gestion des menstrues et d'élimination des déchets à améliorer

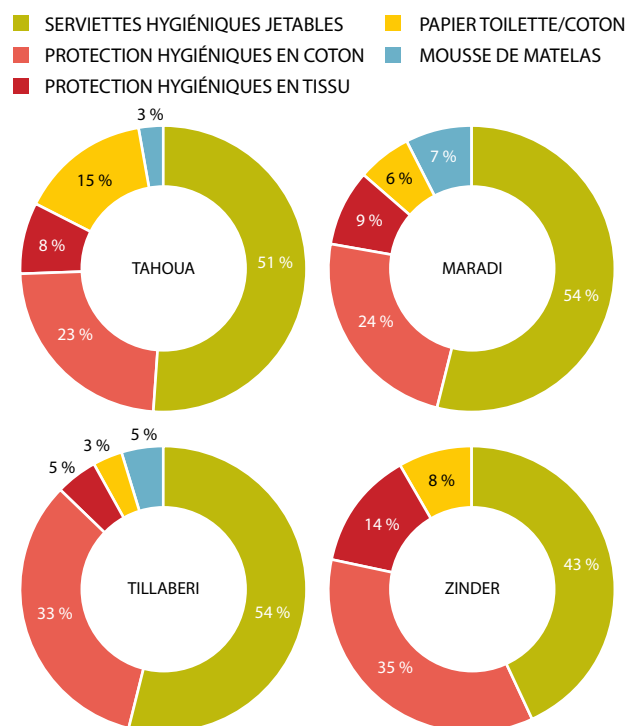
4.1.1 Des matériels de protection divers mais dominés par les serviettes hygiéniques jetables

Que ce soit lors de leurs dernières règles ou de façon courante, nombreuses sont les répondantes ayant déclaré utiliser les serviettes hygiéniques jetables, notamment celles résidant à Tillabéri (54%), Maradi (53%), et Tahoua (51%). Les autres matériels de protection sont constitués en ordre presque décroissant et indifféremment des régions, des protections en coton, en tissu, en papier toilette, et en mousse de matelas (graphique 4.1). La production locale de serviettes hygiéniques n'existant pas au Niger, toutes les serviettes hygiéniques sont importées de l'étranger ; par conséquent, ils sont sollicités plutôt par les filles les plus aisées résidant dans les milieux urbains. Les filles rurales pour la plupart utilisent principalement des morceaux de tissu et occasionnellement du coton absorbant comme protection hygiénique pendant les menstruations.

Cependant, elles s'interdisent de sécher leurs morceaux de tissus au soleil (ce qui tuerait les germes) parce qu'elles ne veulent pas que les autres voient leurs protections hygiéniques. Les menstruations sont supposées rester secrètes et complètement cachées des autres.

Graphique 4.1

Types de protection utilisés lors des règles



4.1.2 De l'eau et du savon pour laver les protections réutilisables

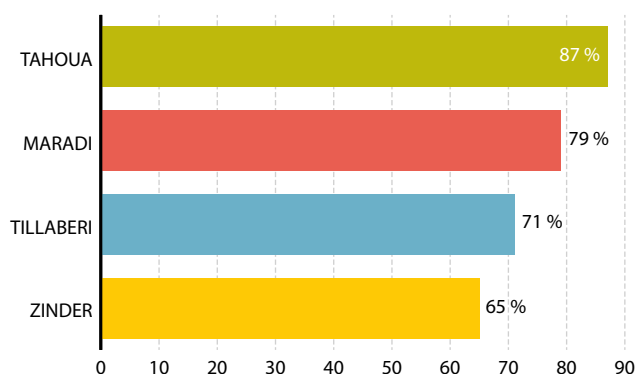
Les femmes qui ont déclaré utiliser les protections réutilisables comme les tissus et le coton, se servent surtout d'eau chaude et de savon pour les laver.

4.1.3 Le lavage des mains: une pratique généralisée lors du changement des matériels de protection

La majorité des filles et femmes, qu'elles utilisent les serviettes hygiéniques jetables ou des morceaux de tissu pour leur protection disent qu'elles se lavaient les mains avec du savon avant et après le changement du matériel hygiénique.

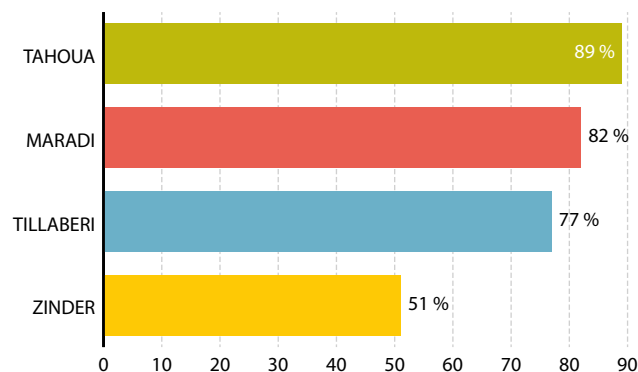
Graphique 4.2

Lavage des mains avant le changement des protections hygiéniques



Graphique 4.3

Lavage des mains après le changement des protections hygiéniques



4.1.4 Le trempage des protections en tissu et coton: une pratique courante

La majorité des filles et femmes ont dit qu'elles trempaient régulièrement leurs protections hygiéniques en tissu dans de l'eau savonneuse avant le lavage. Zinder s'est révélé être la région où cette pratique est commune (80%) tandis qu'à

Graphique 4.4

Trempage des protections en tissus

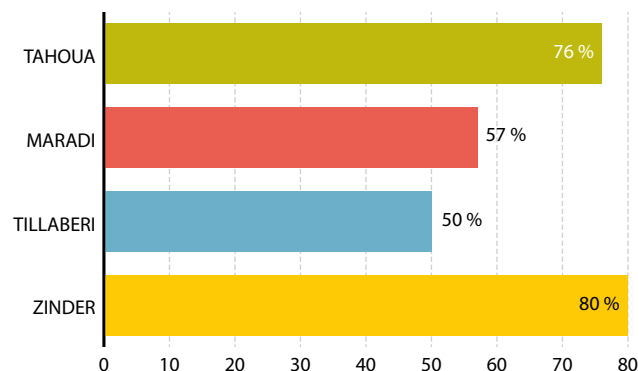


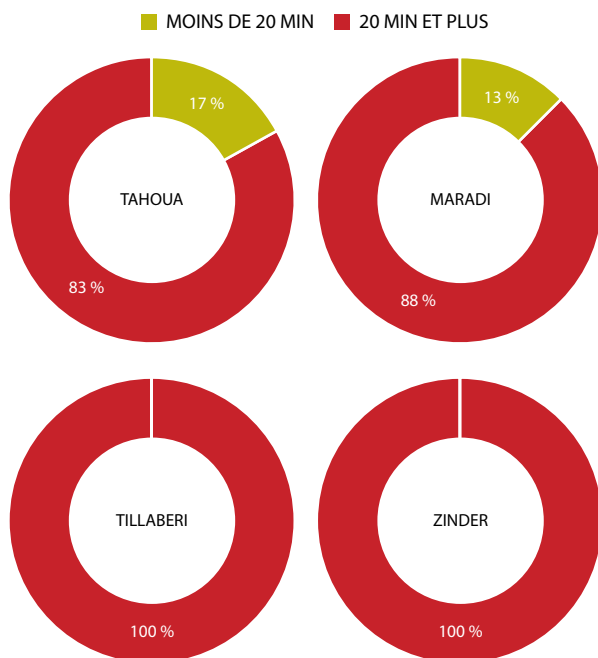
Tableau 4.1

Produits utilisés pour laver les matériels de protection

PRODUITS UTILISÉS POUR LAVER LES PROTECTIONS EN TISSUS	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Savon	100	100	100	100
Eau chaude	80	64	50	80
Eau froide	20	36	50	20
Sel	17	14	0	0
Eau chaude/savon/sel	15	14	0	0

Graphique 4.5

Durée de trempage des protections



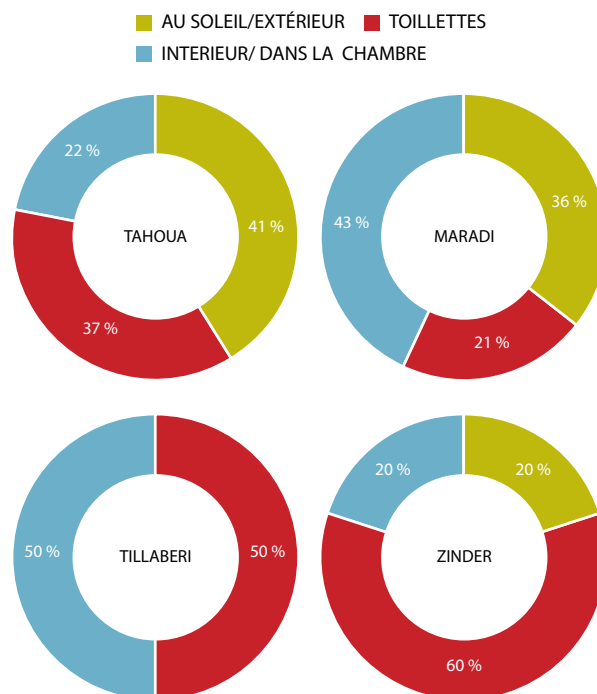
Tillabéri elle l'est moins (50%). La durée de trempage des tissus (plus de 20 minutes) est la même presque partout dans les quatre régions de l'étude.

4.1.5 Les toilettes et autres pièces de la maison comme lieux privilégiés de séchage des protections en tissu et coton

Il est clair qu'une fois lavées, les protections hygiéniques en tissu ou en coton doivent être séchées. Or, les données montrent qu'elles sont rarement exposées au soleil (ce qui tuerait les germes). Ainsi parmi celles qui utilisent le tissu, elles sont 60% à Maradi, 50% à Tillabéri, 36% à Tahoua, 21% à Zinder à sécher ce tissu dans les toilettes, et 50% à Tillabéri, 43% à Maradi, près de 20% à Tahoua et Zinder à le sécher à l'intérieur des maisons ou dans la chambre. En zone rurale toutefois, le matériel est majoritairement séché au soleil.

Graphique 4.6

Lieu de séchage des protections en tissu



4.1.6 Discretion et croyances autour du séchage des protections en tissu et coton

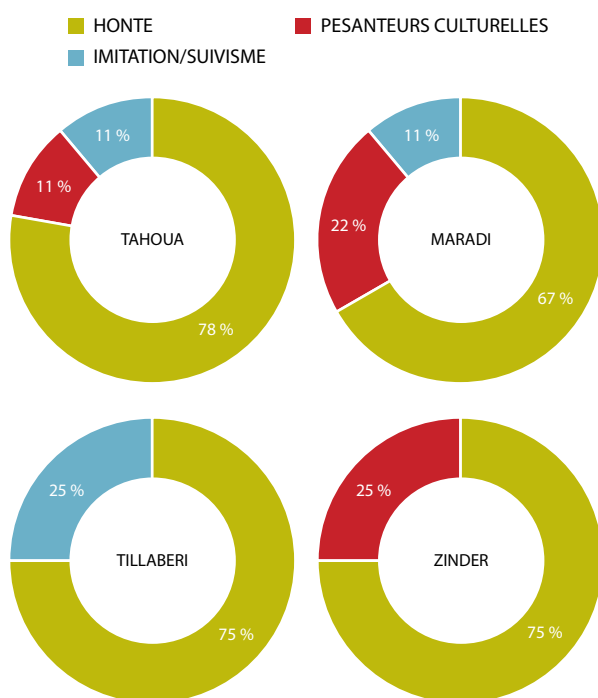
La honte et les pesanteurs culturelles autour des règles sont les principales raisons qui motivent le choix de sécher le tissu dans les chambres ou dans les toilettes au Niger. Lors des discussions de groupe, les jeunes filles et les femmes quelque soit leur région ont indiqué que les hommes ne doivent pas voir leurs morceaux de tissus au soleil de peur ou par honte d'être sujettes à des moqueries. Elles souhaitent donc que leurs morceaux de tissus soient dans un endroit secret et complètement caché des autres afin que ceux-ci ne jettent un regard concupiscent ou de convoitise sur elles. En outre, elles pensent que le tissu hygiénique peut être utilisé par un ennemi pour jeter un mauvais sort à la femme. C'est ce que souligne une participante à un groupe de discussion organisé à Zinder :

«Moi je lave mon tissu dans les toilettes mais je le sèche derrière la porte de ma chambre. Je le fais ainsi discrètement parce que quand j'avais 18 ans, quelqu'un m'a maraboutée à travers mon tissu de protection. Et je suis restée longtemps sans voir mes règles».

En somme, les croyances et les mythes autour du sang des menstrues expliquent que les menstruations soient gérées de manière cachée. Les tissus sont lavés, rincés et séchés dans les toilettes. Ils sont conservés à l'abri des regards. D'ailleurs, certaines répondantes plus âgées disent garder leurs vieux tissus. Elles ne les jettent jamais en raison de ces croyances.

Graphique 4.7

Raisons du non séchage des protections en tissu au soleil

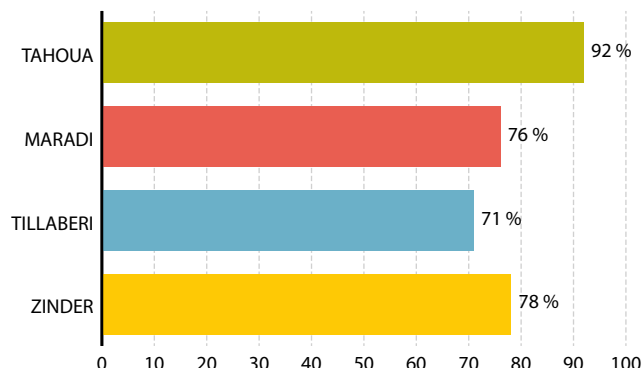


4.1.7 Une bonne tendance au port des sous-vêtements pendant les menstrues

À la question « Portez-vous des sous-vêtements pendant la période de menstrues », la majorité des filles et femmes ont répondu par l'affirmative à des proportions élevées de 92% à Tahoua, 78% à Zinder (graphique 4.8).

Graphique 4.8

Port des sous-vêtements pendant la période de menstrues

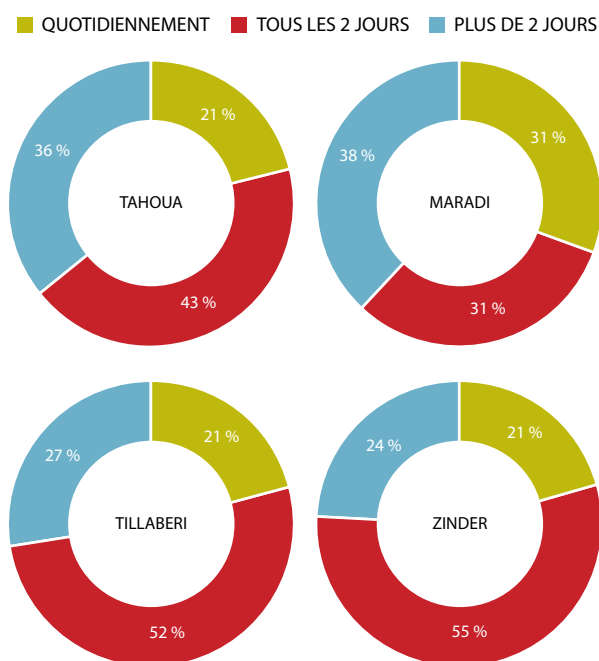


4.1.8 Une faible fréquence de changement des sous-vêtements

La tendance au port de sous-vêtements salubre sur le plan hygiénique est atténuée par la faible fréquence de changement des sous-vêtements par les filles et femmes lors de leurs règles. En effet, elles sont en moyenne 23% seulement ayant déclaré changer leurs sous-vêtements de façon quotidienne, contre 42% qui le font tous les deux jours. Il ressort même des données que 35% d'entre elles vont au-delà de deux jours avant de les changer. Les détails sur les disparités régionales sont présentés dans le graphique 4.9.

Graphique 4.9

Fréquence de changement de sous-vêtements lors des règles

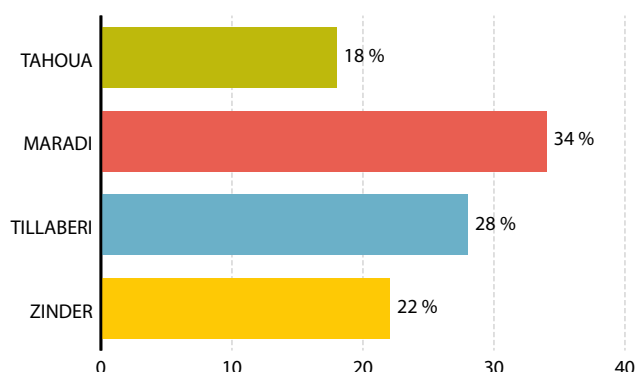


4.1.9 Le lavage de la vulve pendant les règles: une pratique ignorée

Le lavage de la vulve ici renvoie à l'utilisation de l'eau pour nettoyer la vulve et de faire disparaître les taches de sang. Cette pratique est faiblement appliquée car dans l'ensemble des quatre régions, en moyenne 22% seulement des répondantes ont déclaré laver proprement leurs vulves durant les menstrues (graphique 4.10).

Graphique 4.10

Lavage convenable de la vulve pendant les règles

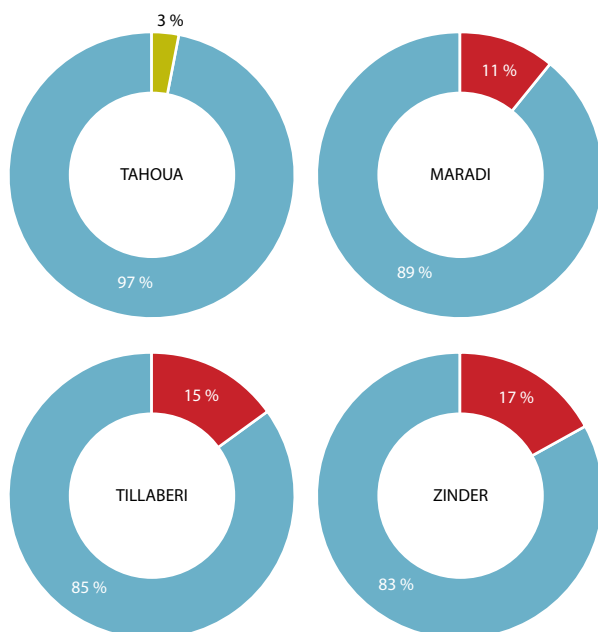


En grande partie, les raisons du non lavage convenable de la vulve pendant les menstrues sont liées à l'ignorance (près de 94%), à certaines interdictions (4%) et aux pesanteurs culturelles (2%).

Graphique 4.11

Raisons du non lavage convenable de la vulve pendant les règles

■ PÉSENTATEURS CULTURELLES ■ INTERDICTION ■ IGNORANCE

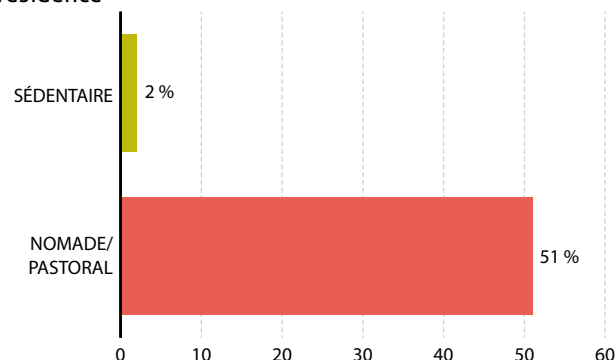


4.2 Profil des femmes ayant de mauvaises pratiques d'hygiène menstruelle

Un indicateur composite *Pratique en matière de GHM* a été conçu pour révéler là où les pratiques favorables à une bonne hygiène menstruelle. L'indicateur sur les pratiques de gestion de l'hygiène menstruelle comporte les éléments suivants : type de protection utilisée, lavage et séchage des protections et produits utilisés, durée de trempage, lavage des mains et produits utilisés, qualité de l'eau utilisée, fréquence de changement des protections, port de sous-vêtements pendant la période de menstrues, et lavage de la vulve pendant les règles. Cet indicateur montre que les mauvaises pratiques en matière de GHM sont davantage le fait des femmes nomades (98%) que de celui des femmes sédentaires (49%) (graphique 4.12)

Graphique 4.12

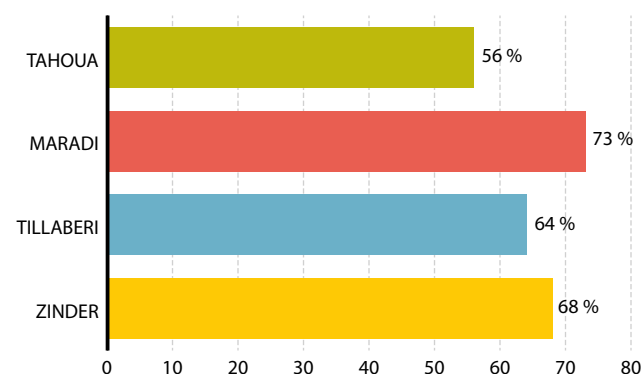
Mauvaise pratique en matière de GHM selon le statut de résidence



Selon les régions de l'étude, on relève que jusqu'à 60% des femmes ont des mauvaises pratiques de gestion de leur hygiène menstruelle, avec une forte proportion constatée chez les femmes de Maradi (graphique 4.13).

Graphique 4.13

Mauvaise pratique en matière de gestion de l'hygiène menstruelle



L'analyse au moyen de la technique AFCM (analyse factorielle de correspondance multiple) a permis de dresser le profil de ces femmes aux mauvaises pratiques (figure 4.1). Il est présenté dans le plan factoriel ci-contre.

Cette classification montre que les femmes dont les pratiques ne sont pas favorables à une bonne hygiène menstruelle sont principalement nomades et de la région de Maradi. Ces femmes sans religion ou chrétiennes résident en milieu rural, ont tout au plus un niveau d'instruction de secondaire 1er cycle et possèdent une connaissance faible ou moyenne de la GHM. Par ailleurs, elles sont célibataires et femmes au foyer ou exercent des activités agropastorales.

L'analyse qualitative, montre qu'en matière de gestion des menstrues, les femmes et filles rencontrées dans ces localités de Niger ont leur façon de procéder. Leurs pratiques impliquent parfois l'utilisation d'objets à portée de mains. En effet, pendant les menstrues, révèle une femme de Rougga Idi, « on utilise des morceaux d'éponge et plusieurs sous-vêtements ». Les morceaux d'éponge en question sont censés retenir le flux menstruel. En l'absence des morceaux d'éponge, la deuxième solution consiste à porter plusieurs sous-vêtements dans l'espoir, une fois de plus, de retenir le flux des règles.

De telles pratiques traduisent l'état de dénuement presque total dans lequel se trouvent les femmes et les jeunes filles de ces communautés visitées. Mais il serait erroné de ne retenir que ce facteur lié à la pauvreté et au manque de ressources financières pour expliquer ou « justifier » ces pratiques. Les pesanteurs culturelles ne sont pas en reste. En effet, le mariage précoce des jeunes filles, hautement valorisé dans ces communautés, est un facteur essentiel dans la gestion de l'hygiène menstruelle. La jeune fille n'a pas eu le temps de

découvrir sa féminité, d'apprendre les rudiments de gestion de son corps, et très tôt elle est appelée à assumer des rôles conjugaux. Dans un tel contexte, il lui est sans doute assez difficile de concilier les exigences conjugales et les pratiques de gestion de ses menstrues, deux situations qui lui sont toutes nouvelles. Comme le souligne cette informatrice,

« La fille n'apprend tout cela qu'une fois chez son mari ce qui la perturbe. La plupart retournent chez leur parents en pleurant pour leur dire qu'elles ont été déchirées et d'autres n'arrivent même pas à en parler par honte. Mais de nos jours certaines apprennent en écoutant les conversations des belles-sœurs sans pour autant poser de question pour savoir ce que c'est »⁶.

Il apparaît donc que le tabou sexuel réduit la question des menstrues au silence. La jeune fille arrive chez son époux étant sexuellement immature.

4.3 Attitudes et perceptions des hommes

Dans les communautés, les connaissances, attitudes et perceptions des hommes sur les menstrues sont dans une large mesure très approximatives, surtout chez les populations nomades. Au regard des données socio-anthropologiques collectées chez les hommes, il se dégage une méconnaissance des questions de menstruation plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Il est ressorti de groupes de discussions à Maradi que certains hommes n'avaient aucune connaissance des serviettes hygiéniques modernes qui sont souvent distribuées à leurs épouses lors des séances de sensibilisation organisées par les ONG. Par exemple dans la localité de Dakoro au lieu-dit Sarki Yama de campements des Nomades Bororos, les femmes elles-mêmes sont moins portées à l'utilisation des serviettes hygiéniques. Il arrive que les hommes « utilisent les serviettes hygiéniques à d'autres fins, comme celle d'emballer les dattes et kolas » (Interview).

Cette méconnaissance est due au fait que les sources d'information sur les menstrues chez les hommes ne sont pas nombreuses. « C'est à travers les cours de biologie et d'économie familiale à l'école que les garçons apprennent ce que sont les menstruations », indique cet informateur. Or en milieu scolaire, les enseignants révèlent que ces cours ne sont pas réellement suivis par les jeunes garçons.

C'est dire qu'au-delà de l'effort de propreté que les hommes « exigent » des femmes pendant leurs menstrues, les observations empiriques montrent que les hommes ont besoin d'être eux-mêmes sensibilisés sur les notions d'hygiène menstruelle et sur l'utilité des protections hygiéniques.

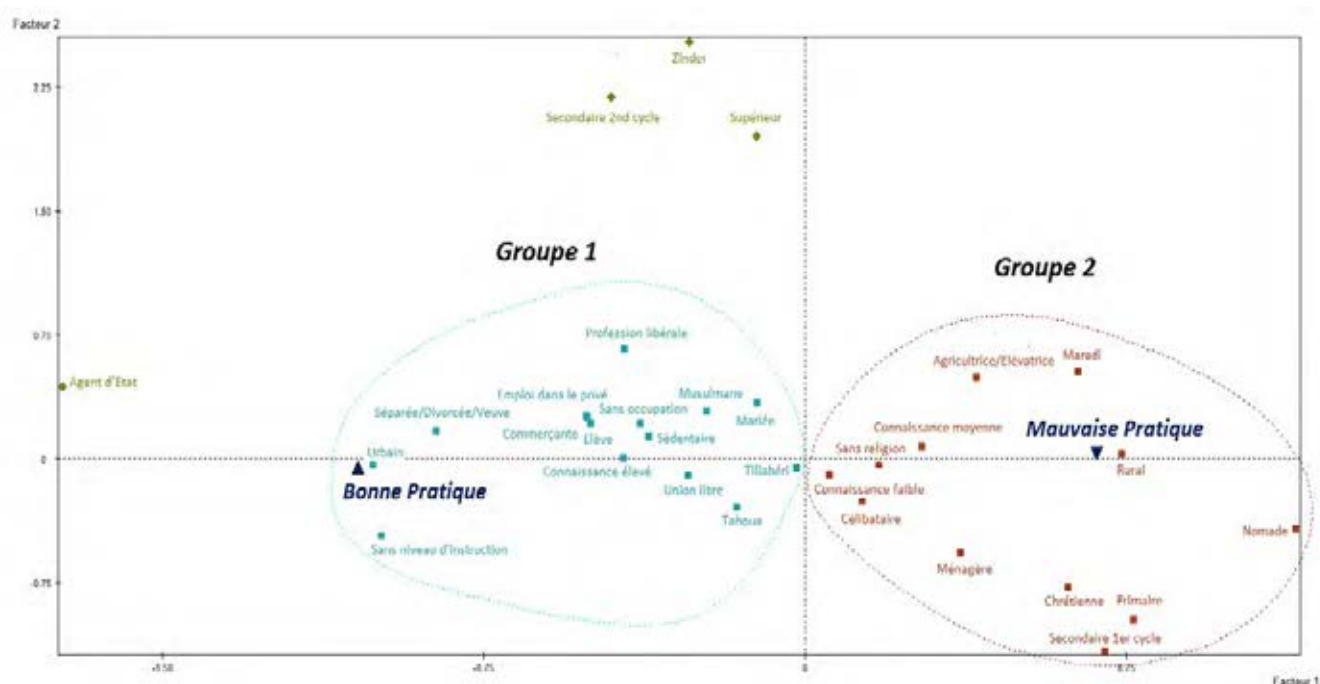
6 FGD femmes Rouga Marrini, Novembre 2016.

La lecture des questions que les hommes et les jeunes garçons se posent, révèle leur souhait d'en savoir plus sur la menstruation. Parmi ces questions, on peut retenir : « *pourquoi les femmes ont leurs règles ?* » ; « *que doit faire la femme pour ne pas être en mauvais état lorsqu'elle a ses règles ?* ». Les hommes sédentaires et citadins, en particulier de Tibiri-Maradi et de Koleram-Zinder surtout, il est meilleur pour une femme en période de menstrues, d'observer une hygiène

corporelle correcte, ce d'autant que certaines restrictions s'appliquent à la femme en situation de menstrues. Les hommes savent que ces « moments d'indisponibilité » sont d'une durée de quelques jours, pendant lesquels la femme doit faire un effort constant de propreté. Ils sont de plus en plus attentifs aux changements que subissent les femmes autour d'eux.

Figure 4.1

Plan factoriel représentant la catégorisation des femmes selon certaines caractéristiques





BARRIÈRES SOCIALES, CULTURELLES ET PHYSIQUES À UNE BONNE GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE

Dans ce chapitre, l'analyse porte sur les croyances et tabous associés aux menstruations. L'intérêt réside dans le fait que les préjugés ont des conséquences néfastes sur la vie quotidienne des filles et des femmes et par ricochet, empêchent leur épanouissement.

5.1 Une persistance des croyances et tabous autour de la GHM dans la population

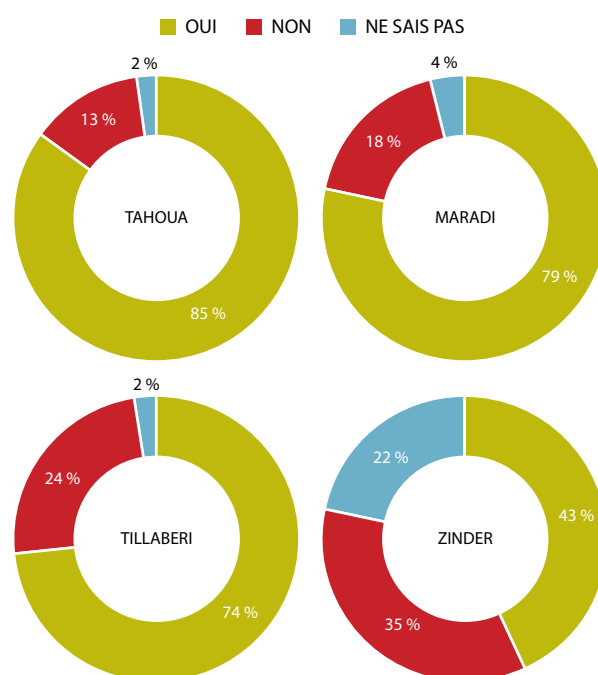
5.1.1 Des femmes plus exposées aux croyances et tabous autour de la GHM

Un niveau de restrictions assez élevé

Il ressort de notre étude que de nombreuses répondantes sont l'objet d'interdictions de toutes sortes lors de leurs règles. Elles sont respectivement 85% à Tahoua, 79% à Maradi, 74% à Tillabéri, et 43% à Zinder à affirmer cela.

Graphique 5.1

Interdictions de certaines pratiques par la religion ou la communauté



Des restrictions d'ordre social, religieux et alimentaire

Les restrictions dont sont l'objet les filles et femmes du Niger commencent à l'arrivée des premières règles. D'après le tableau 5.1, ces restrictions sont de plusieurs ordres : social, religieux, et alimentaire.

Tous ces interdits ou presque visent à limiter les activités des femmes et des filles. Ainsi, elles n'ont pas le droit de jeûner, prier, ou entrer dans les lieux saints (mosquée, église). Souvent, elles ne participent pas aux cérémonies religieuses et culturelles et ne peuvent côtoyer ni les garçons ni les hommes. Pendant les menstruations, les femmes en couple ne partagent pas le lit conjugal. Souvent, elles ne partagent pas non plus la chambre conjugale et dorment avec leur belle-mère. Les rapports sexuels sont prohibés durant les menstruations car la femme est alors considérée comme impure.

Les jeunes filles et les femmes sont également soumises à des restrictions alimentaires. Certaines boissons et aliments ne sont pas consommés durant les menstrues : c'est le cas de l'eau fraîche qui croit-on entraînerait la coagulation du sang menstruel.

Des recommandations particulières lors des menstrues

En parallèle des restrictions, il existe plusieurs recommandations (graphique 5.2).

Graphique 5.2

Existence de recommandations concernant les règles

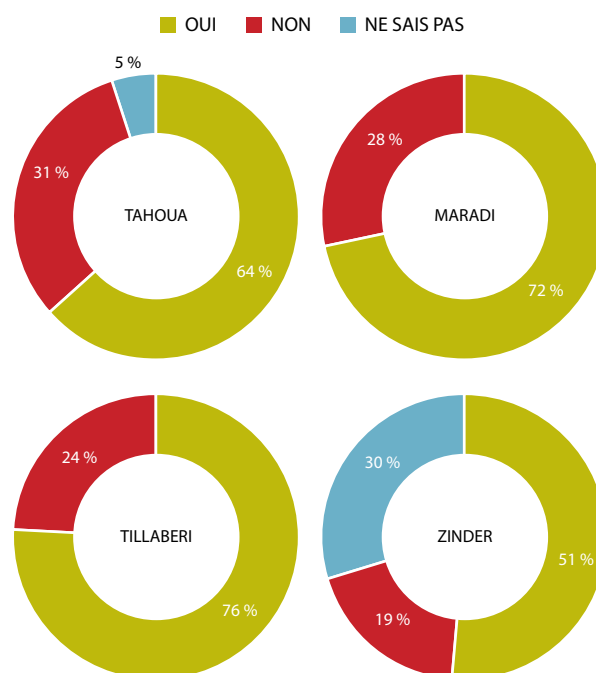


Tableau 5.1

Choses interdites par la religion ou la communauté lors des menstrues

CHOSSES INTERDITES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %) par question	MARADI Fréquence (en %) par question	TILLABERI Fréquence (en %) par question	ZINDER Fréquence (en %) par question
Ne pas avoir de relations sexuelles	86	80	80	88
Ne pas jeter son matériel sans avoir lavé le sang	50	66	66	69
Ne pas jeûner	51	42	53	88
Ne pas marcher avec les garçons lors des menstrues	49	9	9	63
Ne pas cuisiner certains mets	27	9	33	44
Interdit de prier et de toucher le coran	38	28	58	50
Ne pas partager le lit conjugal	37	59	55	0
Ne pas entrer dans les lieux saints	35	67	44	0
Ne pas accompagner les pêcheurs	3	6	3	0
Ne pas boire de l'eau fraîche	7	4	3	75

Contrairement aux restrictions qui touchaient trois sphères (sociale, religieuse et alimentaire), les recommandations quant à elles se rapportent à deux sphères : sociale et alimentaire. Comme le montre le tableau 5.2, elles portent sur la gestion du matériel hygiénique utilisé et sur la consommation des produits à potentiel calorique et acide (vinaigre, citron).

Des considérations sociales et religieuses autour des menstrues

Les restrictions et recommandations susmentionnées semblent reposer sur des croyances qui ont fait leur nid au sein de la communauté (tableau 5.3). Ainsi, pense-t-on dans la société que les règles sont tantôt malsaines, honteuses voire dangereuses, tantôt une maladie ou une impureté dont il faut se purifier pour rester sain.

Tableau 5.2

Recommandations lors des menstrues

CHOSES RECOMMANDÉES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Tremper, rincer et sécher les protections	94	88	62	68
Privilégier le tissu réutilisable	73	71	62	68
Enterrer les serviettes après utilisation	50	38	65	21

Tableau 5.3

Perceptions des menstrues dans la communauté

CONSIDÉRATIONS AU SUJET DES MENSTRUES DANS LA COMMUNAUTÉ	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Honteux	84	56	72	68
Sale/Malsain	66	46	41	81
Impur	56	54	66	51
Dangereux	14	19	21	62
Maladie/Infection	6	8	6	92

Les «raisons» sous tendant ces perceptions sont, d’ordre social, hygiénique, et culturel quelle que soit la région d’étude (tableau 5.4).

5.1.2 Croyances et tabous des hommes sur les menstruations

Une position affirmée en faveur d’initiatives pour la gestion de l’hygiène menstruelle

Phénomène biologique, naturel et intimement lié à la femme, les hommes pensent que la question est socialement, culturellement et religieusement trop importante pour ne pas s’en mêler. En dehors de Zinder, les hommes sont nombreux dans les trois autres régions d’étude à penser qu’ils doivent intervenir dans le domaine des menstrues (tableau 5.5).

Si les hommes sont intéressés par le sujet, c’est pour rappeler les restrictions auxquelles sont soumises les femmes lors de leurs menstrues. Le graphique 5.3 montre que la majorité des hommes de Tahoua (87%) contre 63% des hommes de Zinder, ou de 26% des hommes de Tillabéri, affirment ou confirment l’idée des restrictions en menstrues.

Graphique 5.3
Position des hommes sur les interdits de la religion ou de la communauté concernant les femmes lors des règles

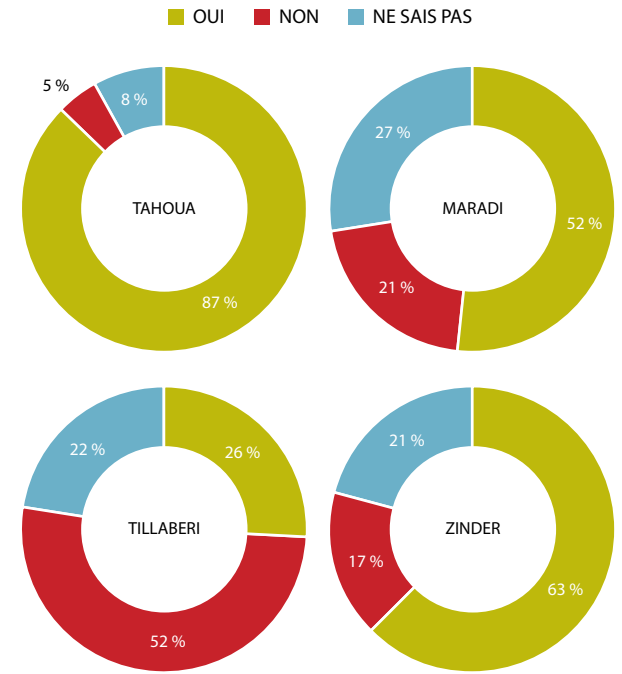


Tableau 5.4
Raisons sous-tendant les considérations sur les règles dans la communauté

RAISONS	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Odeur gênante	47	78	59	78
Déchets de l’organisme	21	29	43	46
Sortie de la saleté du corps de la femme	35	28	18	73
Sortie de maladie	4	7	7	62

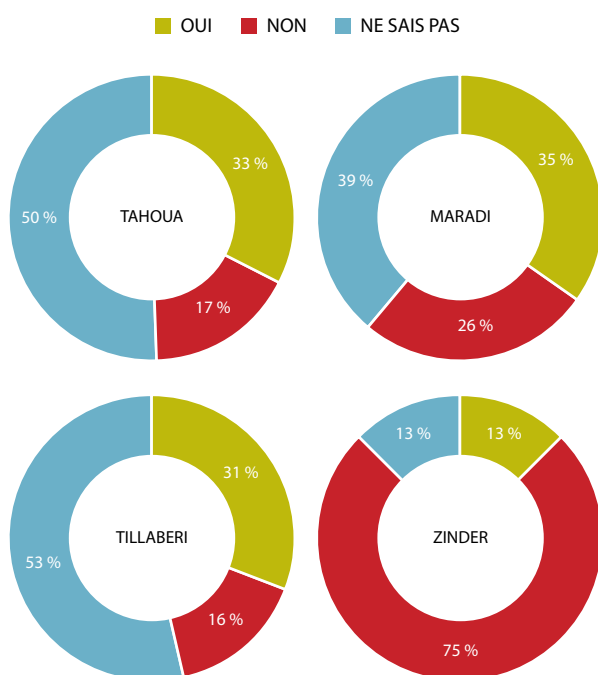
Tableau 5.5
Position des hommes au sujet des menstrues

POSITION DES HOMMES AU SUJET DES MENSTRUES CHEZ LA FEMME	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Oui	56	44	64	0
Non	44	56	36	100
Total	100	100	100	100

Les hommes sont peu nombreux à affirmer l'existence de choses recommandées concernant les règles toutes régions d'étude confondues. Le graphique 5.4 montre qu'ils ne sont que 35% à Maradi, 33% à Tahoua, 31% à Tillabéri, et 13% à Zinder.

Graphique 5.4

Position des hommes au sujet des recommandations par la religion ou la communauté aux femmes lors des règles



Des recommandations pour une bonne prise en charge de la GHM

Les recommandations des hommes se rapportent également à deux sphères : la sphère sociale et la sphère sanitaire. Comme le montre le tableau 5.6, elles portent sur la gestion du matériel hygiénique utilisé et sur la consommation des produits à potentiel calorique et acides.

Tableau 5.6

Recommandations des hommes concernant la gestion de l'hygiène menstruelle

RECOMMANDATIONS DES HOMMES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %) par question	MARADI Fréquence (en %) par question	TILLABERI Fréquence (en %) par question	ZINDER Fréquence (en %) par question
Tremper, rincer et sécher les protections	80	89	11	100
Privilégier le tissu réutilisable	78	97	61	100
Enterrer les serviettes après utilisation	40	84	61	0
Déconseiller les serviettes pour certains	34	84	61	0

Des considérations sociales et religieuses à la base des recommandations autour des menstrues

Les restrictions et recommandations susmentionnées semblent reposer sur des croyances qui entourent le phénomène des menstruations. Ainsi, les hommes pensent que les règles sont honteuses et une impureté (tableau 5.7).

Ces considérations avancées par les hommes s'appuient sur une série de croyances généralement respectées au sein des différents groupes ethniques et des communautés, voire au-delà (tableau 5.8).

En général et quelle que soit la région d'étude, de nombreux préjugés et croyances entourent le phénomène des menstruations. Le tableau 5.9 nous en donne les détails.

Il faut dire qu'étudier les croyances et les tabous autour de la gestion de l'hygiène menstruelle dans les communautés au Niger revient entre autres à explorer les représentations

sociales élaborées autour de la notion du sang, les différents interdits ou stigmates qui frappent la femme ou la jeune fille du fait de ses menstrues. Pour mieux comprendre les croyances et les tabous autour de la menstruation, il convient aussi d'étudier un pan de l'initiation sexuelle dans ces cultures.

Les observations socio-anthropologiques conduites dans quelques localités au Niger ont permis de repérer les significations rattachées au sang dans la socio-culture. Lorsqu'il est hors du corps humain, le sang, selon certains informateurs, « *représente une'' najasa'' ou la saleté* ». Il apparaît donc que le sang, dans la conscience collective, est pensé différemment selon qu'il maintient l'être humain en vie en circulant dans ses veines, ou qu'il traduit l'horreur en étant hors du corps humain. Dans cette logique, le sang menstruel, coulant en dehors du corps de la femme, ne traduirait que le mal, ou dans une certaine mesure, le « *malheur* », la « *malédiction* ».

Tableau 5.7

Considérations des hommes au sujet des menstrues

CONSIDÉRATIONS DES HOMMES AU SUJET DES MENSTRUES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %) par question	MARADI Fréquence (en %) par question	TILLABERI Fréquence (en %) par question	ZINDER Fréquence (en %) par question
Sales/Malsaines	5	71	14	100
Dangereuses	1	42	29	25
Honteuses	23	71	22	100
Impures	20	59	29	67
Maladie/Infection	2	45	40	71

Tableau 5.8

Raisons pour lesquelles les menstrues sont ainsi considérées par les hommes

RAISONS POUR LESQUELLES LES MENSTRUES SONT AINSI CONSIDÉRÉES DANS LA COMMUNAUTÉ	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Odeur gênante	19	75	36	100
Déchets de l'organisme	55	70	40	100
Expulsion d'une maladie	17	50	21	83
Expulsion d'une saleté du corps de la femme	15	65	26	100
Maladie/Infection	2	45	40	71

Tableau 5.9

Réalités, croyances, et préjugés au sujet des règles

RÉALITÉS/CROYANCES/PRÉJUGÉS	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %) par question	MARADI Fréquence (en %) par question	TILLABERI Fréquence (en %) par question	ZINDER Fréquence (en %) par question
Augmentation de l'écoulement du sang lorsque la femme se trouve dans un lieu saint	19	7	11	5
Possibilité d'utiliser le sang de la femme pour un mauvais sort	19	17	6	78
Les serviettes hygiéniques réduisent la fertilité et provoquent des maladies	11	11	18	89
Les albinos et les enfants maudits sont le fruit des rapports durant les menstrues	13	15	5	62
Le citron, le vinaigre, les aliments amers diminuent le flux menstruel	27	2	16	68
La femme en période menstruelle qui touche aux semences apporte une mauvaise récolte	34	9	8	62
La femme en période menstruelle qui fait le linge, souille les habits	3	2	13	65
La femme en période menstruelle qui tresse une autre fait en sorte qu'elle perde son enfant	3	9	16	54
Si une femme en période menstruelle fait des canaris, ils seront invendus	0	0	8	65
Si une femme en période menstruelle prépare du yaourt, il n'épaissira pas	0	0	0	59
Si une femme en période menstruelle prépare du vin, il sera impropre	1	14	13	65
L'utilisation de tissus est préférable au lieu des serviettes hygiéniques	25	22	21	46

Les femmes ont elles-mêmes intégré ces idées « négatives » fortement répandues sur leurs menstrues. À propos des règles, l'une des informatrices précise que

« C'est une chose qui a été imposée aux filles et femmes quand celles-ci atteignent la puberté. C'est une malédiction infligée aux femmes depuis les ancêtres »⁷.

On constate donc que les femmes ont développé une perception assez négative des menstrues, et n'y voient pas un fonctionnement normal de leur organisme. C'est ce constat qui fait des menstrues un sujet tabou dans la communauté, un sujet qui ne saurait facilement faire l'objet d'échanges entre les membres d'une même famille, ou même entre les groupes d'ami(e)s. Pour ces garçons de Kourandaga par exemple,

« Le sang menstruel est perçu comme un secret, raison pour laquelle il y a moins d'échange sur ce sujet aussi bien entre la fille et son père et entre la fille et son copain »⁸.

Ces différentes perceptions autour du sang et surtout celui des menstrues sont le sous-bassement des interdits qui frappent en priorité la femme dans les communautés, du fait de ses règles. Il est à préciser que les communautés visitées dans le cadre du présent travail au Niger sont pour la majorité des espaces islamisés. Dans la logique de l'Islam, relève ce jeune garçon de KouranDaga,

« Une fille qui a ses menstrues ne prie pas, ne jeûne pas et ne fait pas des rapports sexuels car c'est une saleté ».

Comme le relève cette directrice d'école, la situation est un peu plus aigüe chez les Touaregs. Elle mentionne :

« Chez les Touaregs la fille est totalement laissée à elle-même. En période de menstruation, elle porte des habits noirs et reste pendant 4 à 6 jours avec »⁹.

Il apparaît donc qu'en période de menstruation, la femme ou la jeune fille est en quelques sortes marginalisée, tenue à l'écart du groupe. La couleur des habits qu'elle porte pendant cette période, à savoir le noir, traduit peut-être la peur de se tacher sans le savoir et que les autres le remarquent.

Dans les communautés nomades, l'activité principale des hommes est celle de l'élevage des bêtes. De façon usuelle, les femmes sont chargées de traire ces bêtes pour des besoins domestiques. Or, rappelle une informatrice, « en période de menstruation il est interdit à la femme de traire les animaux » (FGD Femmes RouggaYarima).

7 FGD femmes Rougga Marini, Novembre 2016.

8 FGD Garçons non mariés, KouranDaga, Novembre 2016

9 Directrice école Birmi Filles, Novembre 2016.

5.2 Types de difficultés rencontrées dans la GHM

Dans la gestion quotidienne de leur hygiène menstruelle, les femmes et les jeunes filles font face à des difficultés d'ordre économique et environnemental.

5.2.1 Difficultés d'ordre économique

La société nigérienne est de plus en plus monétaire et presque toutes les pratiques sociales sont soumises à cette exigence économique. Les femmes, pour leur part, n'échappent pas à cette logique économique dans la gestion de leurs menstrues. Les communautés visitées au Niger présentent rarement la femme comme productrice de richesses. Ce sont généralement des sociétés dans lesquelles la femme vit sous l'autorité de l'homme, ce dernier devant être le pilier économique du ménage. Or, en ce qui concerne la gestion de l'hygiène menstruelle, les hommes n'en sont guère préoccupés. Ce relais communautaire rencontré dans la localité de Koleram au Niger mentionne ce fait :

« Les barrières à la bonne gestion, c'est surtout le manque de moyens pour se procurer des protections car les hommes sont souvent réticents à prendre cela en charge afin que la gestion soit menée à bien, car les femmes ont un problème financier »¹⁰.

En outre, il se trouve que même si les hommes en avaient conscience, ils restent « réticents » à soutenir leurs épouses et leurs filles pour l'achat de matériel de protection. Les réticences sont davantage le fait des pesanteurs culturelles prégnantes qui ne sont pas en faveur de la femme. D'autres difficultés sont d'ordre environnemental.

5.2.2 Difficultés d'ordre environnemental et barrières physiques

Sur le plan environnemental, les difficultés en matière de gestion de l'hygiène menstruelle concernent le manque d'infrastructures adéquates notamment le type de latrines utilisées par les femmes, les sources d'approvisionnement en eau et la qualité de l'eau utilisée.

S'agissant du type de toilettes, les observations montrent que le design de ces infrastructures ne répond pas aux besoins des utilisateurs et des utilisatrices.

En effet, il y'a d'une part le problème de l'insuffisance des toilettes et d'autre part celui de leur manque d'adéquation à des exigences de base telles que l'intimité, la sécurité, ou encore l'espace. Les ménages déclarent qu'ils ne disposent pas de toilettes en adéquation avec les exigences de préservation de l'intimité féminine. Dans ces sociétés, la population ne cesse d'augmenter, et les infrastructures sanitaires existantes dans

10 Relais communautaire Koleram, Novembre 2016.

les ménages et même dans les lieux publics ne parviennent plus à satisfaire les potentiels utilisateurs et utilisatrices. Les femmes de Rougga Idi se plaignent de la non adaptation des latrines :

« Il n'existe pas de latrines dans cette localité. L'endroit réservé aux toilettes ne permet pas d'être à l'aise car c'est un petit espace clôturé par des briques en banco, sans porte avec des murs qui n'atteignent pas la taille de la personne »¹¹.

En écoutant cette femme, on peut retenir que l'intimité n'est pas garantie lorsqu'elle souhaite prendre sa douche ou changer sa protection. À partir du moment où la hauteur des murs est inférieure à celle de la femme ou de la jeune fille qui les utilise, il devient incontestable qu'une bonne hygiène menstruelle ne saurait être observée.

Ainsi, ces latrines approximativement aménagées ne permettent pas aux femmes de changer aisément leur protection hygiénique. « Par manque de latrines, elles creusent un trou pour enterrer les tissus qu'elles ont fini d'utiliser », révèle une femme de Rouga Marini.

Revenant sur le facteur économique, le maire de Koleram ne manque pas de le repréciser : « On peut parler de barrière économique pour ceux qui ne disposent pas de moyen de faire ces latrines ».

Un autre obstacle est celui du manque d'eau. Dans ces zones sahéliennes, l'accès à l'eau dans les communautés n'est généralement pas aisé. Dans les campagnes, un habitant n'a pas accès à 10 litres d'eau par jour pour ses besoins (Watang et Ganota, 2013). Dans ces conditions, il devient assez difficile pour les femmes de s'en procurer en quantité suffisante pour la gestion de leur hygiène corporelle et menstruelle. Si les populations sédentaires ont moins de difficultés, les nomades en revanche sont les plus touchées. L'adjoint au maire de la commune de Sarkin Yamma et le responsable de l'hygiène et assainissement de Maradi, de façon concordante, mentionnent ce fait. Ils stipulent tour à tour :

« Mais surtout le manque (...) d'eau pour la population nomade qui est plus confrontée. C'est un problème de proximité avec les points d'eau, des centres de santé et aussi des moyens de communication »¹².

« Il y'a surtout la question de l'eau dans certaines localités plus précisément nomades. Ces derniers utilisent cette eau pour abreuver les animaux au lieu de s'en servir eux même pour se laver ; ce qui n'est pas prioritaire »¹³.

Les propos tenus par ces autorités locales, prouvent qu'il est urgent de procéder à des sensibilisations en direction des populations nomades, sur l'utilisation des maigres sources d'eau disponibles.

Les développements qui précèdent montrent également qu'il existe d'autres barrières à une bonne gestion de l'hygiène menstruelle. Elles émanent pour la plupart des croyances, des perceptions et des représentations construites non seulement autour de la notion de sang en général, mais autour du sang menstruel en particulier. Comme on a pu le constater, ce sont des constructions sociales valorisées par les populations, et qui ne sont pas de nature à favoriser la femme ou la jeune fille dans la gestion de son hygiène menstruelle. Les observations ont également montré que ces barrières sont aussi physiques du fait de la non adaptation des infrastructures et d'ordre économique du fait du taux élevé de pauvreté et donc de ressources limitées dans les zones visitées.

Relevons néanmoins qu'au niveau des ménages et des communautés l'étude ne s'est pas penchée sur l'impact de la gestion de l'hygiène menstruelle sur l'environnement, gestion perçue sous l'angle du traitement réservé aux protections hygiéniques usagées. Une telle étude paraît incontournable pour deux raisons au moins :

- au regard de l'envahissement des espaces urbains et ruraux du Niger par de nombreux déchets solides et liquides d'origine domestique et/ou industrielle/artisanale, il est nécessaire de déterminer la part – en termes de volume – des déchets liés à la GHM;
- les données quantitatives pourront permettre de comprendre si les choix des modes d'élimination des déchets issus de la GHM sont influencés (i) soit par les carences en équipements et infrastructures WASH, (ii) soit par des représentations profondes liées à la perception du sang menstruel d'une part, ou d'autre part à son utilisation mystique, ainsi qu'à la gestion de l'intimité de la femme.

11 FGD femmes Rougga Idi, Novembre 2016.

12 Adjoint au maire de la commune de Sarkin Yamma, Novembre 2016.

13 Responsable Hygiène et assainissement Maradi, Novembre 2016.



PROBLÈMES DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS LORS DES MENSTRUATIONS

Les menstrues sont un processus biologique dont le déroulement normal traduit un bon fonctionnement du corps féminin, mais la survenue de ces menstrues occasionne chez certaines femmes des états de mal-être récurrents susceptibles de retenir l'attention.

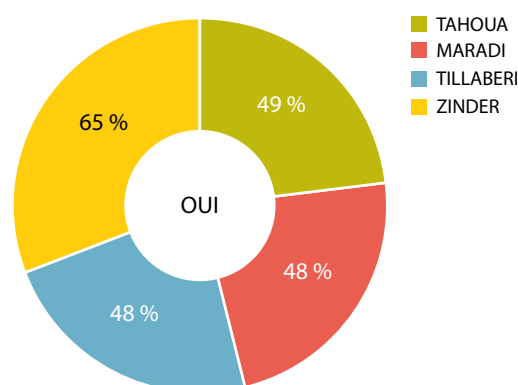
6.1 Des problèmes de santé dominés par la fièvre, la fatigue et le stress

La question des problèmes rencontrés lors des menstruations a été analysée. Il s'agissait surtout de répertorier d'éventuels problèmes de santé recensés spécifiquement et ceux que les femmes considèrent comme aggravés du fait de leurs menstrues.

Le graphique 6.1 montre que la plupart des répondantes connaissent des problèmes de santé pendant les règles, avec une forte proportion dans la région de Zinder (65%), les autres régions se situant toutes près de 50%.

Graphique 6.1

Survenue de troubles de santé pendant les règles



Le tableau 6.1 montre l'essentiel des troubles de santé habituels dont les filles et femmes du Niger disent souffrir lors des menstruations.

Par ailleurs, elles ont été nombreuses à déclarer qu'elles sont souvent l'objet de maladies "opportunistes" pendant la période de menstruations (tableau 6.2)

Toutefois, les données qualitatives obtenues lors des diverses séances de groupes de discussions FGDs révèlent que généralement, dans les communautés visitées, les problèmes de santé rencontrés par les femmes et les jeunes filles se résument principalement aux « douleurs au bas ventre » et aux « saignements trop abondants ». Quelques informatrices ont également mentionné de légers cas de fièvre. Or la gestion pratique de ces problèmes soulève une question importante : celle de la sensibilisation des femmes et des filles au sujet des menstrues.

En effet, le principal problème concernant l'hygiène en général est le manque de sensibilisation et l'ignorance de la population vis-à-vis de la propreté. Les différents informateurs soutiennent que « l'ignorance en matière de propreté » est commune à toute les populations, avec un accent particulier en milieu nomade. Dans les zones nomades ou en milieux ruraux, les sensibilisations et interventions sont difficiles à mener compte tenu des difficultés d'accès à ces zones et aussi à cause de barrières socioculturelles, ces sociétés étant souvent réfractaires à l'innovation, selon les responsables des services d'assainissement. Les propos des quatre informatrices et informateurs qui suivent attestent de cette situation liée au manque de sensibilisation sur les questions de propreté, par exemple dans la gestion des problèmes de l'abondance des saignements. Interrogées, les femmes et les autorités municipales soulèvent cette question de la sensibilisation dans la gestion efficace de leurs problèmes de santé en période de menstruation.

Tableau 6.1

Problèmes de santé pendant la période de menstruation

TROUBLES HABITUELS DE SANTÉ PENDANT LES RÈGLES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %) par question	MARADI Fréquence (en %) par question	TILLABERI Fréquence (en %) par question	ZINDER Fréquence (en %) par question
Faiblesse/fatigue générale	76	87	67	58
Gêne	58	63	54	51
Mauvaise humeur	53	57	53	68
Stress	52	54	45	57
Manque de confiance	45	48	41	59
Anxiété	30	40	32	65
Maux de tête	24	10	36	25
Maux de dos	18	11	5	0
Vertiges, nausées	13	11	7	13
Démangeaisons/boutons	4	18	12	33
Seins douloureux	3	5	5	4

Tableau 6.2

Maladies ressenties ou vécues pendant la période de menstruation

MALADIES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Fièvre	56	58	53	54
Paludisme	28	40	37	65
Toux/Rhume	25	31	23	73

« Les femmes ont besoin de sensibilisation mais ignorent les canaux de communication. Il n'y a pas d'information sur les menstrues, ni de la part des parents encore moins d'une autre personne. La mère ne peut pas parler des règles avec sa fille. Le hameau ne dispose pas de centre de soins »¹⁴.

« Il n'y a pas de communication sur les menstruations, les filles ne vont pas à l'école, celles qui ont eu la chance d'être inscrites quittent les bancs dès le primaire »¹⁵.

« Les problèmes auxquelles les femmes font face quant à la gestion de leur hygiène menstruelle c'est le manque de sensibilisation et l'ignorance »¹⁶.

« Il y a l'ignorance, la honte qui fait que les filles ne s'adressent pas aux agents de santé pour avoir des informations sur leur hygiène menstruelle surtout avec le manque d'agents de santé femmes »¹⁷.

En écoutant ces différents intervenants, on peut retenir que si les femmes et les jeunes filles sont mieux sensibilisées et éduquées sur la propreté menstruelle, les problèmes auxquelles elles font face pendant les menstrues auraient une part de solution.

14 FGD Femmes RouggaYarima, Novembre 2016.

15 FGD Femmes Rougga Idi, Novembre 2016.

16 Adjoint au maire de la commune rurale de SarkinYamma, Novembre 2016.

17 Maire de Koleram, Novembre 2016.

Tableau 6.3

Types de recours en cas de troubles de santé dus aux règles

TYPES DE RECOURS EN CAS DE TROUBLES DE SANTÉ DUS AUX RÈGLES	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Consultation moderne	32	29	29	33
Consultation traditionnelle	50	35	19	54
Automédication moderne	40	38	45	50
Automédication traditionnelle	44	61	33	67
Rien/prières	42	39	48	29
Prendre un bain chaud	0	3	0	0
Boire une boisson chaude	26	48	26	46
Se promener	2	4	14	0
Frotter/masser le ventre	64	71	55	63
Placer une bouteille d'eau sur le ventre	4	0	2	0
Se coucher sur le dos	2	0	7	21

6.2 Recours en cas de problèmes de santé dus aux menstrues

En cas de problèmes de santé, les femmes et les filles ont recours à des stratégies qui leurs sont propres (tableau 6.3).

Les observations de terrain montrent deux options principales choisies par les femmes et les jeunes filles en cas de problèmes de santé pendant les menstrues. La première catégorie de femmes est celles qui choisissent de « ne rien faire » : « En cas de douleur due à la menstruation la femme ne peut que se résigner à Dieu », pouvait-on entendre des femmes de Koleram, lors d'une discussion de groupe.

À côté de cette catégorie, nous avons celles qui prennent des décoctions faites à base des médicaments traditionnels. Ces deux femmes de Tibiri et Rougga Idi font part ici de leurs remèdes en cas de douleurs menstruelles et en cas de surabondance de saignement : « En cas de douleur, on prend un sirop qu'on appelle « waaki » et une eau bénigne » ; « En cas de saignement abondant on utilise les feuilles du gonakier (« bagaruwa ») pour l'arrêter ou le diminuer ».

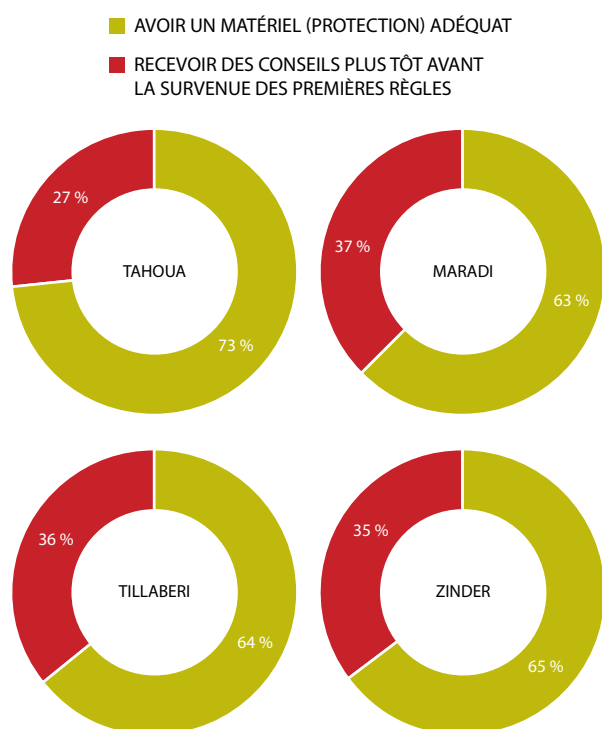
Au total, il apparaît que les remèdes sont pour la plupart des cas traditionnels. Ils procurent aux femmes un soulagement en cas de problèmes de santé durant les menstrues. Nulle part, elles n'ont mentionné de consultation médicale dans une structure sanitaire. Cela peut être dû à plusieurs choses : soit les maux liés aux menstrues ne sont pas aigus au point

de nécessiter une visite chez le médecin, soit la faiblesse des moyens financiers et/ou l'absence de structures de santé dans un environnement proche qui constituent un frein.

Face à ces divers problèmes de santé, les filles et femmes du Niger expriment le besoin de se sentir mieux durant les périodes de menstruations (graphique 6.2).

Graphique 6.2

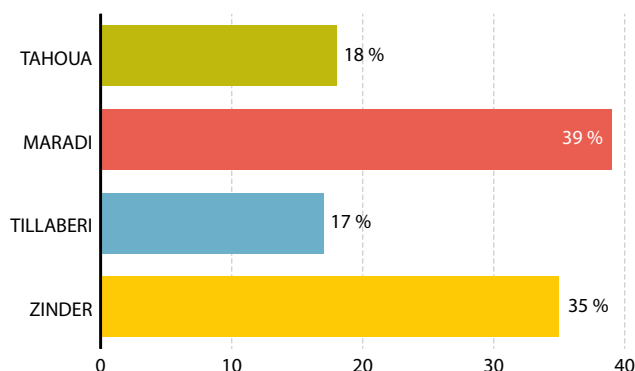
Besoins exprimés par les répondantes durant les menstrues



Les besoins exprimés par ces filles et femmes sont pour l'essentiel relatifs au désir d'avoir du matériel de protection adéquat. Certaines ont déclaré en avoir déjà reçu de la part des ONGs humanitaires (graphique 6.3).

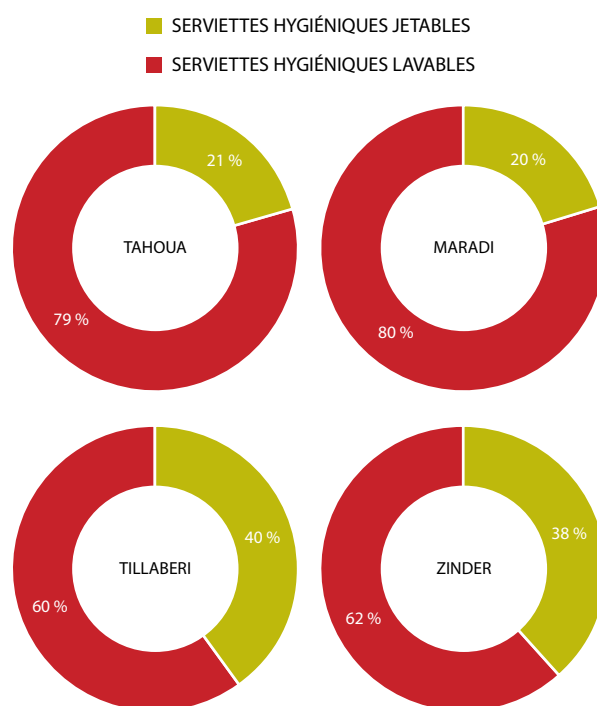
Graphique 6.3

Proportion de filles/femmes ayant reçu des protections provenant des ONGs durant les menstrues



Graphique 6.4

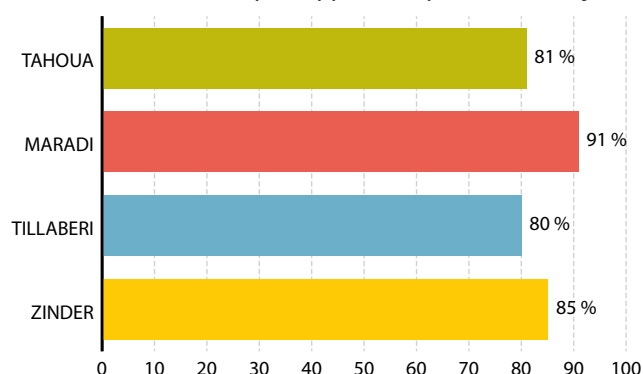
Types de protections reçues



De l'avis de ces filles et femmes, les protections les plus reçues sont les serviettes hygiéniques lavables (graphique 6.4), et ces femmes en sont satisfaites dans la grande majorité (graphique 6.5).

Graphique 6.5

Niveau de satisfaction par rapport aux protections reçues

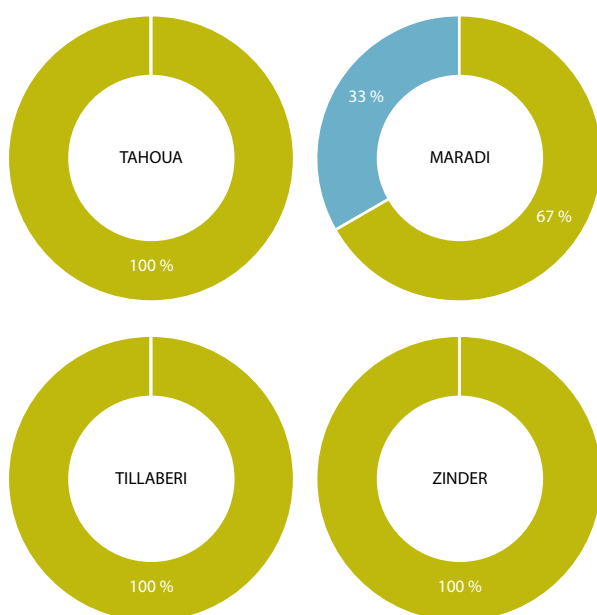


La faible proportion de personnes insatisfaites (16%) est constituée des filles et femmes qui estiment que les serviettes hygiéniques reçues des ONGs sont insuffisantes, et en appellent aux autorités et responsables des établissements publics (écoles/lycées, marchés et lieux de commerce, bureaux, etc). En aucun cas, elles ne remettent en cause la qualité des serviettes hygiéniques reçues (graphique 6.6).

Graphique 6.6

Justification de l'insatisfaction au sujet des serviettes reçues

■ INSUFFISANCE ■ MAUVAISE QUALITÉ ■ DIFFICILE À UTILISER



6.3 Perceptions liées aux problèmes de santé dus aux menstrues

En examinant les différents recours ci-dessus présentés, il est facile de comprendre que les problèmes de santé relatifs aux menstrues ne sont pas vraiment perçus dans ces communautés comme étant des situations d'urgence. De plus, certaines idées reçues sur les menstrues font que les femmes et les jeunes filles, préfèrent la discrétion. Par exemple, les femmes n'osent pas sécher leurs tissus lavés à l'air libre au soleil. En effet, « *en faisant sécher à l'air libre le tissu utilisé pendant les menstrues on peut contracter des maladies comme le choléra* », soutient une femme de Zinder. Beaucoup d'informations erronées comme celles-ci sont malheureusement répandues.



IMPACT DES MENSTRUES SUR LE VÉCU DES FEMMES

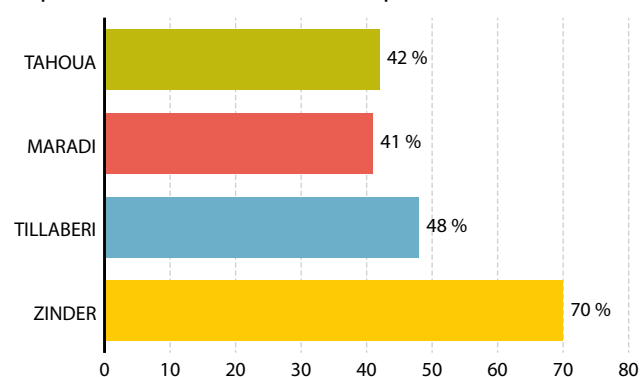
Dans ce chapitre, nous essayons de montrer comment l'incapacité à gérer leur hygiène menstruelle peut constituer un frein à la participation des filles et des femmes aux activités sociales, culturelles, éducatives et génératrices de revenus.

7.1 Un niveau d'impact moyennement élevé sur les activités

Une proportion relativement élevée de filles et femmes ont affirmé être handicapées par la survenue des menstrues. À la question "Manquez-vous aux occupations habituelles pendant les menstrues ?", elles ont été en moyenne 43% à répondre par l'affirmative, avec une proportion un peu plus élevée à Zinder (70%) qu'à Tillabéri (48%) et Maradi (41%). Elles affirment que la survenue des règles leur est nuisible car elles sont obligées de manquer à leurs occupations habituelles (graphique 7.1).

Graphique 7.1

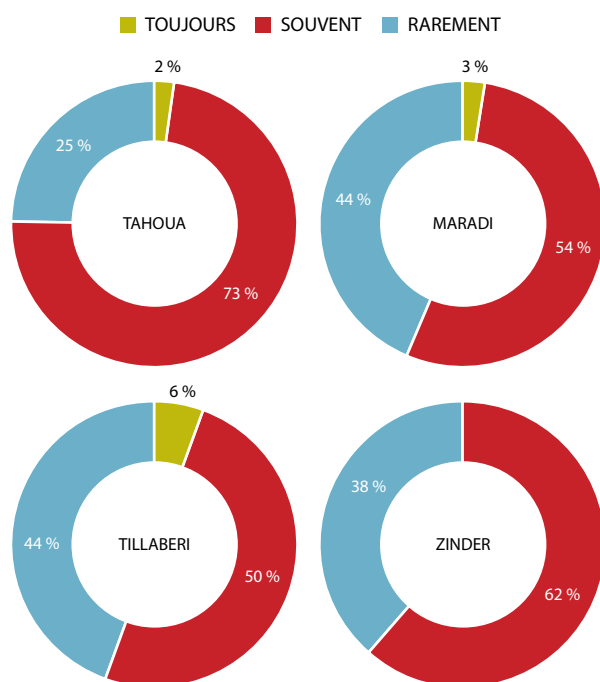
Impact des menstrues sur les occupations habituelles



Même si le graphique 7.2 montre que trop souvent les filles et les femmes du Niger manquent à leurs activités habituelles (école, travaux champêtres, commerce, autres), il est rare que cela soit systématique. Cette absence peut durer 2 à 3 jours (graphique 7.3).

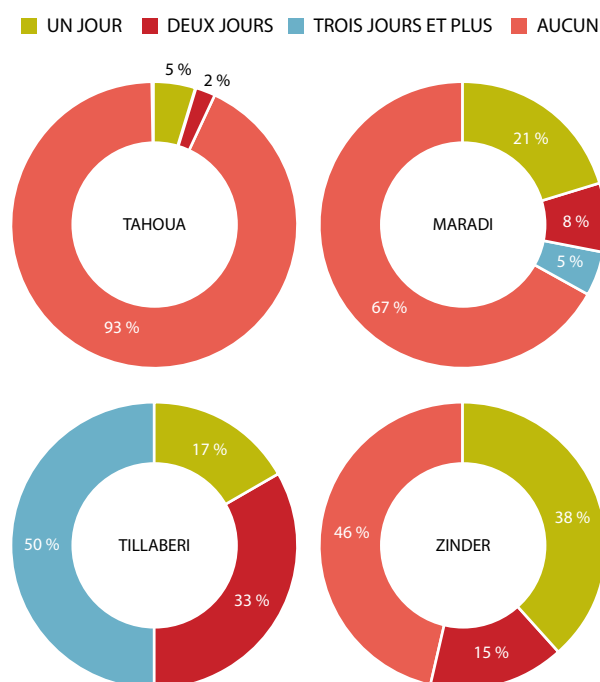
Graphique 7.2

Fréquence d'absence lors des dernières règles



Graphique 7.3

Nombre de jours manqués lors des dernières règles

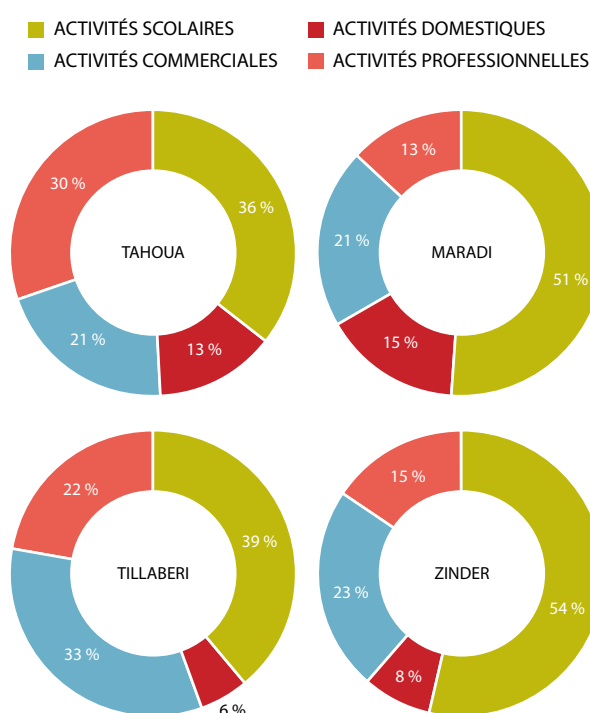


7.2 Diversité des activités manquées

Le graphique 7.4 donne des détails sur le type d'activités manquées durant les menstruations. Tous les secteurs sont affectés, mais le secteur éducatif et les activités commerciales qui occupent la majorité des femmes nigériennes sont les plus touchés.

Graphique 7.4

Type d'activités manquées durant les menstrues



7.3 Raisons de ces absences et attitudes durant cette période

Les femmes et filles du Niger affirment qu'elles manquent leurs activités socioéconomiques habituelles pour trois raisons principales : les douleurs que provoquent les règles, l'absence de toilettes dans leurs lieux d'activités, et enfin la tradition (tableau 7.1).

Durant les jours où elles ne participent pas à leurs activités socioéconomiques habituelles du fait de leurs règles, ces femmes dans la majorité n'adopte aucun comportement particulier, si ce n'est de s'isoler des autres, ou de l'être par les autres (Graphique 7.5).

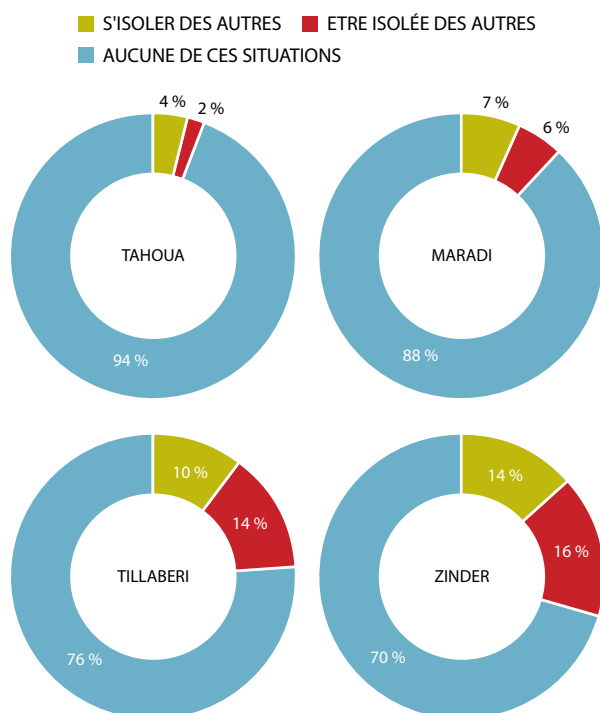
Tableau 7.1

Raisons du manquement aux occupations

RAISONS	RÉGION			
	TAHOUA Fréquence (en %)	MARADI Fréquence (en %)	TILLABERI Fréquence (en %)	ZINDER Fréquence (en %)
Douleur	75	76	78	77
Absence de toilettes au lieu de l'activité	21	39	33	38
Tradition	7	9	33	38

Graphique 7.5

Comportement pendant les règles



7.4 Impact des menstrues sur le vécu des filles et femmes

7.4.1 Impacts sociaux

Une mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle est susceptible de causer des désagréments divers. Dans les communautés visitées au Niger, il a été observé un manque de connaissances chez les femmes et les jeunes filles. En prenant le seul exemple de la localité de Rougga Idi, il ressort que les femmes n'ont aucune connaissance sur l'impact d'une mauvaise hygiène menstruelle. En outre, elles ne connaissent pas les différents types de protections hygiéniques existants. Cette situation

pourrait certainement contribuer à la détérioration de l'image de la femme ou de la jeune fille dans son milieu de vie. À l'école par exemple, une mauvaise protection menstruelle est susceptible d'exposer la jeune fille à la risée ses camarades. Il est reconnu qu'une mauvaise gestion de l'hygiène menstruelle peut l'empêcher de se mouvoir librement, de participer activement aux activités sociales, culturelles et scolaires.

7.4.2 Impacts psychologiques

La survenue des menstrues provoque parfois des inconvénients sur le plan psychologique. Dans un contexte social marqué par une nette domination masculine, la femme, considérée comme « *cadette sociale* », subit des pressions multiples. Ces pressions s'accroissent dès lors qu'elle est confrontée à la gestion de ses menstrues, qui font d'elle dans la conscience collective, une personne « *impure* », « *sale* », etc. Comme le soutiennent les femmes de Rougga Marrini, « *les femmes s'écartent très souvent et ne partent point en dehors de la concession* ». Il apparaît donc clairement que les impacts psychologiques chez la femme varient entre les frustrations, l'état de stress, l'isolement, la stigmatisation et le rejet.

7.4.3 Impacts économiques

La gestion par les femmes et les jeunes filles de leurs menstrues implique des impacts économiques. En effet, pendant les menstrues, les problèmes de santé rencontrés par les femmes sont souvent de nature à les empêcher de vaquer à leurs occupations. Dans un contexte social marqué par la précarité économique qui frappe davantage les femmes, certaines subissent des pertes économiques, du fait du ralentissement de leurs activités économiques. Les femmes et les jeunes filles dans les communautés visitées ne sont certes pas vraiment économiquement actives à taux plein, mais il reste clair que les problèmes de santé générés par les menstrues ne leur permettraient pas de s'épanouir dans le secteur de la production économique.



ÉVALUATION DE LA PRISE EN COMPTE DE LA GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES

Ce chapitre est consacré à la revue des politiques publiques d'eau et d'assainissement du Niger en lien avec la gestion de l'hygiène menstruelle.

8.1 Prise en compte de la GHM dans les objectifs de développement du Niger

Il apparaît que les aspects liés à la GHM ne sont pas explicitement prévus dans les documents de pilotage de la politique du pays. L'hygiène menstruelle se présentant comme un sujet nouveau et tabou au sein de la société nigérienne, elle apparaît comme le parent pauvre peu susceptible de susciter un intérêt, voire faire l'objet de politique. Néanmoins, dans quelques documents à caractère opérationnel ou stratégique, il existe des éléments qui permettent d'établir une relation entre l'hygiène individuelle et l'hygiène menstruelle.

Afin d'assurer une bonne coordination des différents programmes de développement et de traduire les choix politiques des autorités nigériennes en des plans d'actions prioritaires, le Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire a été créé, en vue de relancer la fonction de planification, relance qui s'est matérialisée par la préparation de trois documents à caractère stratégique: le Programme intérimaire de cadrage de l'action gouvernementale (PICAG 2011 – 2012), le Plan de développement économique et social (PDES 2012 – 2015) et la « Stratégie de développement durable et de croissance inclusive » (SDDCI NIGER 2035).

Dans le Programme intérimaire de cadrage de l'action gouvernementale (PICAG 2011 – 2012), un bilan-diagnostic est posé au sujet de l'eau et de l'assainissement. Reprenant les données des différents ministères sectoriels, il établit que l'assainissement collectif et individuel est encore mal assuré¹⁸, en raison de l'absence d'infrastructures d'assainissement et des difficultés d'accès à l'eau courante pour de nombreux Nigériens, notamment ceux vivant en milieu rural. En conséquence, il prône dans le cadre du Niger, la prolongation de la décennie mondiale de l'assainissement dont les actions reposeront sur une accélération de la mise en place des infrastructures.

18 En milieu rural, les ménages produisent des déchets dits «domestiques» issus des activités ménagères (cuisine, nettoyage, etc.). Etant donné qu'il n'existe pratiquement pas de système organisé d'évacuation des ordures ménagères en milieu rural, les ménages les collectent et les déversent dans la nature. En milieu urbain et particulièrement dans les grands centres, les ordures sont collectées et déversées le plus souvent dans des dépotoirs sauvages ou, dans de rares cas, dans des poubelles clairessemées de la municipalité qui sont irrégulièrement vidées dans des décharges sauvages. Globalement, entre 1998 et 2008, environ 8 ménages ruraux sur 10 ne disposent d'aucun type de système d'assainissement. Même en milieu urbain, l'accès aux systèmes d'assainissement est faible. La latrine non couverte est le moyen d'évacuation le plus répandu à Niamey (un ménage sur deux y ayant recours).

Comme le PICAG, le Plan stratégique 2012-2015 du Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, n'inclut pas l'hygiène menstruelle. Y sont présentés, les axes stratégiques et les résultats escomptés (tableau 8.1).

Bien que complémentaire du PICAG 2011-2012, le *Plan de développement économique et social 2012-2015* (PDES) élaboré par le Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, s'est voulu plus ambitieux car les questions en lien avec l'eau, l'hygiène et l'assainissement au sens large du terme y sont abordées avec force détails. En effet, instrument d'opérationnalisation du Programme de Renaissance du Niger, qui se veut le cadre unique de référence des interventions au titre de l'agenda de développement du gouvernement pour le moyen terme, il s'est aligné sur les Objectifs du Développement Durable (ODD).

Pour ce secteur, le PDES propose de s'appuyer sur les orientations stratégiques définies dans le programme présidentiel et traduites dans le Programme National d'Alimentation en Eau Potable et d'Assainissement 2011-2015 (PN-AEPA 2011-2015) adopté en juin 2011. La politique de l'eau potable et de l'assainissement sur la période d'exécution du PDES reposait sur trois programmes dont les deux premiers dans leur composante WASH (tableau 8.2) proposaient qu'à l'horizon 2018, les enfants et les femmes, particulièrement les plus vulnérables, disposent d'un accès amélioré à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement adéquates dans les écoles, les centres de santé et les communautés y compris en situation d'urgence. Dans le détail, les produits attendus sont :

- **Produit 3.1** : les écoles, les centres de santé et les communautés les plus vulnérables disposent d'un nombre accru d'infrastructures d'eau potable et d'assainissement.
- **Produit 3.2** : les enfants et les ménages adoptent des comportements favorables à l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement environnementales durables, ainsi que la consommation d'une eau de qualité adéquate à domicile, dans les écoles et dans les centres de santé.
- **Produit 3.3** : les acteurs à tous les niveaux disposent du cadre légal, des mécanismes de coordination, d'un système de suivi performant et de capacités renforcées pour le développement du secteur de l'hydraulique et l'assainissement.
- **Produit 3.4** : les populations vulnérables, à risque et affectées par les crises, catastrophes et conflits ont un accès amélioré à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement.

Par ailleurs, le programme Assainissement de base visait l'accroissement de l'accès à travers i) l'augmentation du nombre de latrines familiales améliorées qui passerait de 100 000 en 2010 à 293 000 en 2015 ; ii) la promotion de l'autoréalisation de latrines familiales simples ou améliorées et iii) la construction d'édicules publics et de latrines scolaires.

Le ministère entend « *réduire les barrières socioculturelles pour une meilleure et pleine participation des filles, des femmes et d'autres groupes vulnérables à leur propre développement et celui de leur communauté* » (P. 21). Il y a de fortes raisons de croire que l'atteinte de cet objectif impliquerait la résolution des problèmes liés à la gestion de l'hygiène menstruelle.

Tableau 8.1

Axes programmatiques du Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant 2012-2015

AXES STRATÉGIQUES	OBJECTIFS	RÉSULTATS
Axe stratégique programmatique n° 1 : services sociaux	Renforcer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services sociaux de base et des services spécialisés pour les groupes cible	Les femmes/filles, enfants et autres groupes vulnérables utilisent les services sociaux de base/spécialisés de qualité
Axe stratégique programmatique n° 2 : communication pour un changement de comportements	Réduire les barrières socioculturelles pour une meilleure et pleine participation des filles, des femmes et d'autres groupes vulnérables au développement de soi-même et de leur communauté	Les femmes/filles, enfants et autres groupes vulnérables utilisent les services sociaux de base/spécialisés de qualité

Source : Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, 2012. Le Plan stratégique 2012-2015. Niamey, page 29.

Par ailleurs, le Programme assainissement total piloté par la communauté (ATPC) a vu le jour en 2010 et cette approche a été mise en œuvre par Plan International Niger qui demeure l'une des principales organisations non-gouvernementales clés (ONGs) à utiliser cette approche au Niger. Le Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement (MHA), est responsable des services de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (EAH ou WASH en anglais) au Niger.

Au niveau national, des représentants de Plan International Niger coordonnent leurs activités avec le MHA, et d'autres ministères et ONG internationales par l'intermédiaire du groupe de travail "Cluster WASH". L'approche ATPC vise principalement à susciter un changement de comportement sanitaire plutôt qu'à construire des toilettes pour les communautés; elles finissent par les construire elles-mêmes. Cela passe par un processus de sensibilisation sociale stimulé par des facilitateurs à l'intérieur ou à l'extérieur de la communauté. L'utilisation des méthodes d'ERP (Evaluation Rurale Participative) qui y sont intégrées, permet aux communautés locales d'analyser leurs conditions sanitaires et de prendre conscience collectivement du terrible impact de la Défécation à l'Air Libre (DAL) sur la santé publique et sur leur environnement proche.

Les conclusions d'une étude de cas de mise en œuvre de l'ATPC dans des zones d'intervention du programme de Plan International Niger en 2015 révèlent que malgré l'intégration de l'ATPC dans la politique nationale d'assainissement, les gouvernements des districts ne se sont pas encore appropriés de l'approche. Une fois de plus, la GHM n'y est pas prise en compte.

8.2 Prise en compte de la GHM dans les objectifs du Système des Nations Unies au Niger

En réponse aux priorités définies dans le PDES 2012-2015, le système des Nations Unies a, en étroite collaboration avec le gouvernement, la société civile et les autres acteurs nationaux, élaboré le Plan cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF) 2014-2018. Résultat d'un processus participatif et dynamique, ce Plan Cadre spécifie les domaines de coopération, dont celui du capital social et du développement humain. Ainsi et au regard de la stratégie nationale d'accès aux services sociaux de base, le système des Nations Unies affirme participer au renforcement des capacités des institutions nigériennes pour leur permettre de fournir de manière croissante et durable des services sociaux de base de qualité, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation, et de l'accès des populations vulnérables à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement de base. Dans le document, les questions traitées concernent les politiques sociales dans leur globalité. Il n'y a pas de détails sur des questions spécifiques comme celle relative à la prise en compte de la GHM.

Dans le Plan d'action du Programme Pays 2014-2018 entre le Gouvernement de la République du Niger et l'UNICEF, les récentes tendances générales montrent que près de deux tiers des ménages du Niger ont accès à une source d'eau améliorée, à un niveau différentiel selon le lieu de résidence. En milieu urbain, la quasi-totalité des ménages ont accès à une source d'eau améliorée alors qu'en milieu rural près de

Tableau 8.2

Programmes du PDES à impact sur l'hygiène et l'assainissement

PROGRAMMES	RÉSULTATS
Approvisionnement en eau potable des populations	L'accès à l'eau potable en milieu rural est amélioré ;
	L'accès à l'eau potable en milieu rural est amélioré dans 40 nouveaux centres ;
	Le dispositif de gestion des ouvrages hydrauliques est mis en place et est fonctionnel ;
	Les cadres juridiques et Institutionnels de gestion de l'eau sont adaptés et vulgarisés.
Assainissement de Base	L'accès des populations aux latrines familiales est accru ;
	Les disparités entre les régions sont réduites ;
	Les Infrastructures de traitement des boues sont renforcées.
Gestion Intégrée des Ressources en Eau	Le niveau de connaissance, de gestion et de protection des ressources en eau est amélioré ;
	Les schémas d'aménagement hydrologiques sont élaborés.

Source : PDES 2012-2015, page 183

deux ménages sur cinq sont confrontés à des privations en matière d'accès à l'eau potable (EDSN-MICS, 2012). MICS, 2012).

Toutefois, le taux de couverture des formations sanitaires et des établissements scolaires en points d'eau et en latrines est faible, de même que le recours au lavage des mains aux moments critiques (39%, enquête Survie 2010) contribuant à la propagation des maladies infectieuses et parasitaires. En réaction, le gouvernement en collaboration avec l'UNICEF a mis en place des plans de réponse en réalisant des campagnes de sensibilisation de plus de 200.000 personnes à risque et la distribution de kits de purification de l'eau. Dès lors, il apparaît que les parties prenantes ont pris le soin de

dresser un état des lieux de la situation dans différents domaines (éducation, santé, nutrition, protection de l'enfance, etc.), y compris le secteur WASH. Même si la question de gestion de l'hygiène menstruelle n'y est pas ouvertement et explicitement abordée, des questions connexes comme celle de l'accès à l'eau y sont traitées.

En conclusion, la gestion de l'hygiène menstruelle n'est pas explicite dans les documents de politiques publiques mais elle constitue un point d'entrée stratégique pour atteindre les résultants du Gouvernement et des organisations humanitaires en matière de réduction de la pauvreté, d'accès aux services de base et d'autonomisation des femmes et des filles du Niger.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La présente étude a permis de constater des manquements divers, surtout en zones rurales, et plus précisément chez les populations nomades. Les avantages d'une gestion digne et sûre de l'hygiène menstruelle sont multiples. Mieux informées, les femmes et les filles peuvent participer pleinement l'économie, et mener une vie active et productive à l'école, au travail et dans la société en générale. La GHM doit être clairement articulée dans les politiques publiques et stratégies nationales assortis de budgets et systèmes de suivi. La capacité à mettre en œuvre ces politiques est aussi essentielle que des services que les femmes et les filles peuvent utiliser en toute confiance. En écoutant attentivement les différents acteurs rencontrés sur le terrain, quelques recommandations peuvent émerger :

- accroître le nombre des infrastructures WASH dans les communautés et les ménages – davantage dans les ménages ruraux qu'urbains – renforcer les mesures d'entretien et de maintenance d'infrastructures existantes ;
- intensifier les interventions visant la promotion d'une bonne GHM dans les zones rurales et en milieu nomade ;
- intensifier les campagnes de sensibilisations au sujet de la GHM auprès des populations nomades et dans les régions de Tahoua, voire Zinder où elles se sont révélées faibles ;
- mener des campagnes de sensibilisations là où se trouvent les femmes, écoles formelles et coraniques, marchés, etc ;
- sensibiliser davantage les jeunes garçons qui manquent d'informations au sujet des menstrues et qui en conséquence développent des stéréotypes qui renforcent les inégalités de genre ;
- renforcer la construction des latrines séparées dans les établissements scolaires et dans les lieux publics en particulier ceux fréquentés par les femmes actives dont la majorité exercent dans le secteur informel ;
- développer les modules concernant la GHM dans les programmes d'enseignement et utiliser ceux existants afin d'améliorer les programmes WASH ;
- impliquer les hommes dans les interventions concernant la GHM ;
- renforcer les activités de recherche-action pour informer les décideurs politiques et les praticiens sur la GHM ;
- renforcer les actions de plaidoyer fondées sur des faits scientifiques pour promouvoir l'intégration de la GHM dans les politiques publiques et les stratégies nationales ou locales de développement ;
- mener une étude complémentaire à la présente dans les régions d'Agadez et Diffa à forte population nomade, afin de mieux prendre en compte les spécificités de ce groupe ;
- effectuer une analyse des freins et barrières relatifs à l'acquisition de toilettes ou latrines dans certaines communautés.

BIBLIOGRAPHIE

ANNE C. PETERSEN LISA, CROCKETT MARYSE AND RICHARDS ANDREW BOXER BROOKS-GUNN (1988) : *A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms*. «<http://link.springer.com/journal/10964>» \o «Journal of Youth and Adolescence» Journal of Youth and Adolescence, Volume 17, HYPERLINK «<http://link.springer.com/journal/10964/17/2/page/1>» \o «Issue 2» Issue 2, pp 117–133

BRANDBERG B. (1997), *Latrine Building. A Handbook for Implementation of the Sanplat System*. Intermediate Technology Publications, London. (A good summary of common construction problems and how to avoid mistakes.

CARUSO, BETHANY A., ALEXANDRA FEHR, KAZUMI INDEN, MURAT SAHIN, ANNA ELLIS, KAREN L. ANDES AND MATTHEW C. FREEMAN, (2013). *WASH in Schools Empowers Girls' Education in Freetown, Sierra Leone: An assessment of menstrual hygiene management in schools'*, United Nations Children's Fund, New York, November 2013.

FRANCEYS, R., PICKFORD, J. and REED, R. (1992). *A guide to the development of on-site sanitation*. WHO, Geneva. (For information on accumulation rates, infiltration rates, general construction and example design calculations.)

FRIOUX S., NOURRISSON D. (2015), *Propre et sain ! Un siècle d'hygiène à l'école en images*, Armand colin, 192 p.

GOUTILLE F. (2009) : *Connaissances, attitudes et pratiques dans l'éducation au risque : mettre en œuvre les études CAP*. Handicap International, ISBN: 978-2-909064-20-8, 84p.

HOUSE S., MAHON T. AND CAVILLE S., (2012), *Menstrual hygiene matters. A resource for improving menstrual hygiene around the world*. Londres, WaterAid.

INS et BANQUE MONDIALE (2011), *Profil et déterminants de la pauvreté au Niger en 2011*.

INS et MINISTÈRE DES FINANCES (2011), *Enquête Nationale sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture (ECVMA)*, 370 p

INS et UNICEF (2013), *Enquête Démographique et de Santé*

et à Indicateurs Multiples du Niger (EDSN-MICS IV-2012).

ISMAGHIL BOBADJI (2014), *État des lieux de la situation du sous-secteur de l'hygiène et de l'assainissement au Niger et perspectives*. République du Niger/Ministère de l'Hydraulique et Environnement Niamey, 14 p

KEIHAS L. (2013), *L'hygiène menstruelle dans les écoles de deux pays francophones d'Afrique de l'Ouest, Burkina Faso et Niger*. Études de cas en 2013, UNICEF, 2013.

KIRK, J AND SOMMER, M. (2006) : *Menstruation and Body Awareness: Linking Girls' Health with Girls' Education*. Gender and Health Special. Royal Tropical Institute (KIT), Amsterdam.

MEN (2013), *Statistiques de l'éducation 2012-2013*. Niamey, 67p

MINISTÈRE de la POPULATION, de la PROMOTION de la FEMME et de la PROTECTION de L'ENFANT (2012), *Le Plan stratégique 2012-2015*, Niamey, 32 p.

MINISTÈRE du PLAN, de l'AMÉNAGEMENT du TERRITOIRE, et du DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE, 2014. *LE NIGER EN CHIFFRES*. Niamey, INS, Direction de la Coordination et du Développement de la Statistique (DCDS), 84 p.

MPATDC (2014), *Plan de Développement Économique et Social (PDES) 2012-2015*, Niamey, 277 p.

MITULLAH, W., SAMSON, R., WAMBUA, P., AND BALONGO S. (2016), *Malgré un certain progrès, les infrastructures de base demeurent un défi en Afrique*. Dépêche N° 69 d'Afrobaromètre. Disponible à : <http://afrobarometer.org/fr/publications/ad69-malgre-un-certain-progres-lesinfrastructures-de-base-demeurent-un-defi-en-afrique>.

OXFAM/PROJET SPHERE (2004), *Charte humanitaire et normes minimales pour les Interventions lors de catastrophes*, Genève, 412 pages

PERROT P. (1984), *Le corps féminin aux XVIIIe et XIXe siècles*, éd. Seuil, p. 48

- PICKFORD J. (1995), *Low Cost Sanitation. A Survey of Practical Experience*. Intermediate Technology Publications, London. (Information on how to calculate pit size and technology life.)
- REED A, SHAW R.J. (2008), *Sanitation for primary schools in Africa*. WEDC, Loughborough University, UK, 13p
- RÉPUBLIQUE du NIGER et SNU (2014), *Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) NIGER 2014-2018*, Niamey, 65 p.
- RÉPUBLIQUE du NIGER et UNICEF (2013), *Plan d'action du programme de pays 2014-2018*, Niamey, 48 p.
- SOULEY A. (2016), *Recherche formative sur la gestion de l'hygiène menstruelle dans les écoles et développement des outils et supports adaptés au contexte du Niger*, UNICEF/CRAMS, 59 p.
- TESTING CLTS APPROACHES FOR SCALABILITY, PLAN INTERNATIONAL ET UNC WATER INSTITUTE (2015), *Assainissement Total Piloté par la Communauté au Niger : Constat d'une étude de cas de mise en œuvre*.
- TJON TEN, (2007). *Menstrual Hygiene: A Neglected Condition for the Achievement of Several Millennium Development Goals*. Zoetermeer,
- UNESCO (2014), *Good Policy and Practice in Health Education: Booklet 9, Puberty Education and Menstrual Hygiene Management* Publié en 2014 par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
- UNICEF (2011), *Au Niger, un nouveau programme d'assainissement change la vie grâce à une meilleure hygiène*. 4p
- UNFPA (2012), *Le mariage des enfants au Niger : sonnons l'alarme*.
- UNITED NATIONS (2015), *Goal 6: Ensure access to water and sanitation for all. Sustainable development goals*. Disponible à: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/water-and-sanitation/>.
- WATANG ZIEBA Félix et GANOTA Boniface (2013), *Territoires agropastoraux et accès à l'eau en milieu sahélien camerounais*, PlaGéo-Département de Géographie/ENS/ Université de Maroua, 3 p
- WORLD BANK. (2014), *Water supply and sanitation: Sector results profile*. Disponible à: <http://www.worldbank.org/en/results/2013/04/12/water-sanitation-results-profile>. World Health Organization. (2015). *Drinking-water*. WHO Fact Sheet No. 391. Disponible à: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/en/>.
- WSSCC et ONU Femmes, 2015, *Gestion de l'hygiène menstruelle: Comportements et pratiques dans la région de Louga, Sénégal*. <http://wsscc.org/wp-content/uploads/2016/04/Study-%E2%80%93Menstrual-Hygiene-Management-Behaviour-and-Practices-in-the-Louga-Region-Senegal-WSSCC-UN-Women.pdf>
- WSSCC et ONU Femmes, 2015, *Gestion de l'hygiène menstruelle: Comportements et pratiques dans la région de Kédougou, Sénégal*. <http://wsscc.org/wp-content/uploads/2016/04/%C3%89tude-%E2%80%93Gestion-de-l%E2%80%99hygi%C3%A8ne-menstruelle-%E2%80%93Comportements-et-pratiques-dans-la-r%C3%A9gion-de-K%C3%A9dougou-S%C3%A9n%C3%A9gal-WSSCC-ONU-Femmes.pdf>
- WSSCC et ONU Femmes, 2015, *Gestion de l'hygiène menstruelle: Comportements et pratiques à Kyé-Ossi et Bamoungoum, Cameroun*. <http://wsscc.org/wp-content/uploads/2016/04/%C3%89tude-%E2%80%93Gestion-de-l%E2%80%99hygi%C3%A8ne-menstruelle-dans-les-r%C3%A9gions-de-Ky%C3%A9-Ossi-et-Bamoungoum-Cameroun-WSSCC-ONU-Femmes.pdf>
- ZABEIROU MOUSSA (2010), *Mariage précoce et promotion de la scolarisation des filles : L'expérience concluante du mécanisme communautaire mis en œuvre par l'UNICEF*, Le Sahel, 2p.

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i>	Répartition des personnes-cibles par techniques d'enquête qualitative	18
<i>Tableau 1.1</i>	Répartition des hommes enquêtés en fonction du niveau d'instruction et du statut de résidence	23
<i>Tableau 1.2</i>	Répartition des femmes enquêtées en fonction du niveau d'instruction et du statut de résidence	23
<i>Tableau 2.1</i>	Motif du sentiment d'insécurité dans les toilettes selon les utilisateurs	29
<i>Tableau 2.2</i>	Motifs du sentiment d'insécurité dans les toilettes au niveau des ménages	34
<i>Tableau 3.1</i>	Émotions vécues lors des premières règles	40
<i>Tableau 3.2</i>	Personnes avec qui les femmes ont échangé avant l'apparition des premières règles	40
<i>Tableau 3.3</i>	Personnes avec qui les femmes ont échangé après l'apparition des premières règles	41
<i>Tableau 3.4</i>	Principaux organisateurs des séances de sensibilisation sur les premières règles	43
<i>Tableau 3.5</i>	Conseils reçus lors des séances de sensibilisation sur les premières règles	43
<i>Tableau 3.6</i>	Raisons pour lesquelles les femmes ont des règles	43
<i>Tableau 3.7</i>	Conseils reçus lors de la sensibilisation	45
<i>Tableau 3.8</i>	Personnes avec qui les femmes ont échangé avant l'apparition des premières règles	45
<i>Tableau 3.9</i>	Raisons pour lesquelles les filles ont des règles	46
<i>Tableau 4.1</i>	Produits utilisés pour laver les matériels de protection	52
<i>Tableau 5.1</i>	Choses interdites par la religion ou la communauté lors des menstrues	60
<i>Tableau 5.2</i>	Recommandations lors des menstrues	61
<i>Tableau 5.3</i>	Perceptions des menstrues dans la communauté	61
<i>Tableau 5.4</i>	Raisons sous-tendant les considérations sur les règles dans la communauté	62
<i>Tableau 5.5</i>	Position des hommes au sujet des menstrues	62
<i>Tableau 5.6</i>	Recommandations des hommes concernant la gestion de l'hygiène menstruelle	63
<i>Tableau 5.7</i>	Considérations des hommes au sujet des menstrues	64
<i>Tableau 5.8</i>	Raisons pour lesquelles les menstrues sont ainsi considérées par les hommes	64
<i>Tableau 5.9</i>	Réalités, croyances, et préjugés au sujet des règles	65
<i>Tableau 6.1</i>	Problèmes de santé pendant la période de menstruation	70
<i>Tableau 6.2</i>	Maladies ressenties ou vécues pendant la période de menstruation	70
<i>Tableau 6.3</i>	Types de recours en cas de troubles de santé dus aux règles	71
<i>Tableau 7.1</i>	Raisons du manquement aux occupations	77
<i>Tableau 8.1</i>	Axes programmatiques du Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant 2012-2015	80
<i>Tableau 8.2</i>	Programmes du PDES à impact sur l'hygiène et l'assainissement	81

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1.1	Répartition par sexe de l'échantillon total	21
Graphique 1.2	Répartition par groupe d'âges de l'échantillon total	21
Graphique 1.3	Répartition des répondants selon le milieu de résidence	21
Graphique 1.4	Répartition des répondants selon le statut de résidence	22
Graphique 1.5	Répartition des répondants selon leur statut matrimonial	22
Graphique 1.6	Répartition des répondants selon l'activité exercée	22
Graphique 1.7	Répartition de l'échantillon total selon la confession	22
Graphique 1.8	Répartition des répondants selon le niveau d'éducation	23
Graphique 2.1	Répartition des répondants selon la principale source d'approvisionnement en eau	25
Graphique 2.2	Types de toilettes	26
Graphique 2.3	Opérationnalité des toilettes et latrines	26
Graphique 2.4	Propreté des toilettes et latrines	26
Graphique 2.5	Séparation hommes/femmes des toilettes et latrines	28
Graphique 2.6	Présence des portes au niveau des toilettes et latrines	28
Graphique 2.7	Présence de dispositifs de fermeture de l'intérieur	28
Graphique 2.8	Sentiment de sécurité des utilisateurs des toilettes et latrines	28
Graphique 2.9	Présence de poubelles selon le statut de résidence	29
Graphique 2.10	Présence de poubelle	29
Graphique 2.11	Fréquence d'entretien des toilettes	30
Graphique 2.12	Produits utilisés pour désinfecter les toilettes	30
Graphique 2.13	Types de maintenance des toilettes	31
Graphique 2.14	Sources d'approvisionnement en eau selon le statut de résidence	31
Graphique 2.15	Sources d'approvisionnement en eau courante	31
Graphique 2.16	Lieu de douche habituel selon le statut de résidence	32
Graphique 2.17	Principal lieu de douche des ménages	32
Graphique 2.18	Nombre de ménages par toilettes	33
Graphique 2.19	Propreté des toilettes	33
Graphique 2.20	Séparation hommes/femmes dans les toilettes selon le statut de résidence	33
Graphique 2.21	Présence de portes d'accès aux toilettes	33
Graphique 2.22	Des portes avec dispositif de fermeture à l'intérieur	34
Graphique 2.23	Sentiment de sécurité dans les toilettes	34
Graphique 2.24	Disponibilité du savon dans les toilettes selon le statut de résidence	34

Graphique 2.25	Disponibilité du savon dans les toilettes	35
Graphique 2.26	Fréquence d'entretien des toilettes	35
Graphique 2.27	Produits d'entretien utilisés	35
Graphique 2.28	Type de maintenance des toilettes	36
Graphique 2.29	Présence de poubelles pour jeter les serviettes hygiéniques/déchets selon le statut de résidence	36
Graphique 2.30	Présence de poubelles dans les différentes régions	36
Graphique 2.31	Existence de sociétés d'assainissement	37
Graphique 3.1	Informations sur le cycle menstruel	39
Graphique 3.2	Informations sur les 1ères règles	39
Graphique 3.3	Conscience de la survenue des règles	39
Graphique 3.4	Participation à des séances de sensibilisation sur les menstrues	41
Graphique 3.5	Connaissance de la durée normale des règles	42
Graphique 3.6	Connaissance de la durée du cycle menstruel	42
Graphique 3.7	Niveau général de connaissance de la GHM chez les femmes selon le statut de résidence	42
Graphique 3.8	Niveau général de connaissance de la GHM chez les femmes selon les régions	44
Graphique 3.9	Connaissance sur les menstrues	44
Graphique 3.10	Hommes ayant reçu des informations sur les menstrues	44
Graphique 3.11	Connaissance de la durée normale des menstrues chez les femmes	46
Graphique 3.12	Savoir compter les jours du cycle menstruel d'une femme	47
Graphique 3.13	Durée du cycle d'une femme	47
Graphique 3.14	Niveau général de connaissance de la GHM chez les hommes selon le statut de résidence	47
Graphique 3.15	Niveau général de connaissance des hommes au sujet de la GHM selon les régions de l'étude	47
Graphique 4.1	Types de protection utilisés lors des règles	51
Graphique 4.2	Lavage des mains avant le changement des protections hygiéniques	52
Graphique 4.3	Lavage des mains après le changement des protections hygiéniques	52
Graphique 4.4	Trempage des protections en tissus	52
Graphique 4.5	Durée de trempage des protections	53
Graphique 4.6	Lieu de séchage des protections en tissu	53
Graphique 4.7	Raisons du non de séchage des protections en tissu au soleil	54
Graphique 4.8	Port des sous-vêtements pendant la période de menstrues	54
Graphique 4.9	Fréquence de changement de sous-vêtements lors des règles	54
Graphique 4.10	Lavage convenable de la vulve pendant les règles	55
Graphique 4.11	Raisons du non lavage convenable de la vulve pendant les règles	55
Graphique 4.12	Mauvaise pratique en matière de GHM selon le statut de résidence	55
Graphique 4.13	Mauvaise pratique en matière de gestion de l'hygiène menstruelle	56
Graphique 5.1	Interdictions de certaines pratiques par la religion ou la communauté	62
Graphique 5.2	Existence de recommandations concernant les règles	60
Graphique 5.3	Position des hommes sur les interdits de la religion ou de la communauté concernant les femmes lors des règles	62

<i>Graphique 5.4</i>	Position des hommes au sujet des recommandations par la religion ou la communauté aux femmes lors des règles	63
<i>Graphique 6.1</i>	Survenue de troubles de santé pendant les règles	69
<i>Graphique 6.2</i>	Besoins exprimés par les répondantes durant les menstrues	72
<i>Graphique 6.3</i>	Proportion de filles/femmes ayant reçu des protections provenant des ONGs durant les menstrues	72
<i>Graphique 6.4</i>	Types de protections reçues	72
<i>Graphique 6.5</i>	Niveau de satisfaction par rapport aux protections reçues	73
<i>Graphique 6.6</i>	Justification de l'insatisfaction au sujet des serviettes reçues	73
<i>Graphique 7.1</i>	Impact des menstrues sur les occupations habituelles	75
<i>Graphique 7.2</i>	Fréquence d'absence lors des dernières règles	76
<i>Graphique 7.3</i>	Nombre de jours manqués lors des dernières règles	76
<i>Graphique 7.4</i>	Type d'activités manquées durant les menstrues	76
<i>Graphique 7.5</i>	Comportement pendant les règles	77

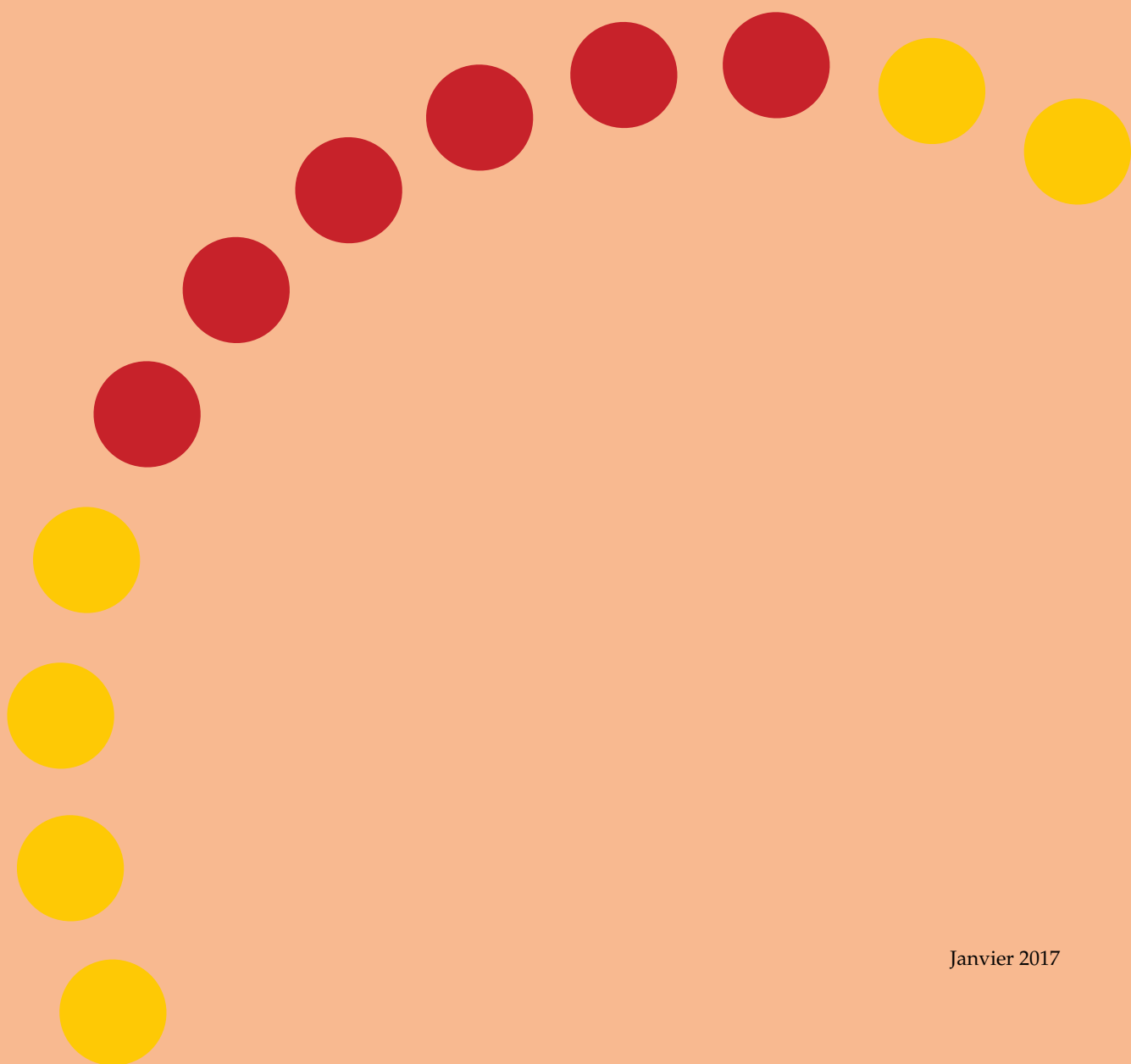
CARTES ET FIGURES

<i>Carte 1</i>	Régions enquêtées	16
<i>Figure 3.1</i>	Plan factoriel représentant la catégorisation des femmes selon certaines caractéristiques	49
<i>Figure 3.2</i>	Plan factoriel représentant la catégorisation des hommes selon certaines caractéristiques	49
<i>Figure 4.1</i>	Plan factoriel représentant la catégorisation des femmes selon certaines caractéristiques	57

ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AME	Association des Mères Éducatrices	MEP/A/PLN/EC	Ministère de l'Enseignement Primaire, de la promotion des langues nationales, et de l'éducation civique
ATPC	Assainissement Total Piloté par les Communautés	MES	Ministère des Enseignements Secondaires
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental	MHM	Menstrual Hygiene Management
CEDEAO	Communauté Économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest	MHA	Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement
CPAP	Plans d'Action de Programmes de Pays	MPATDC	Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire
DAL	Défécation à l'Air Libre	MSP	Ministère de la Santé Publique
DDEP	Directeur (direction) Départemental (e) de l'Enseignement Primaire, de la promotion des langues nationales, et de l'éducation civique	MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
DDES	Directeur (direction) Départemental (e) des Enseignements Secondaires	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
DESC	Droits Économiques Sociaux et Culturels	ONU Femmes	Entité des Nations-Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
DPFS	Direction de la Promotion de la Scolarisation des Filles	PDES	Plan de Développement Economique et Social
DREP	Directeur (direction) Régional (e) de l'Enseignement Primaire, de l'alphabétisation, de la promotion des langues nationales et de l'éducation civique	PEPAM	Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire
ECVMA	Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture	PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
EDSN-MICS	Enquête Démographique et de Santé du Niger à Indicateurs Multiples	PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
EF	Économie Familiale	RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
EHA	Eau, Hygiène, Assainissement (traduction de WASH en français)	SDDCI	Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive
FGDs	Focus Group Discussions	SDRP	Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté
GHA	Genre, Hygiène et Assainissement	SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle	SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Égalité et l'Équité de Genre
GHS	Gender, Hygiene and Sanitation	SNIS	Système National d'Information Sanitaire
GSF	Global Sanitation Fund (Fonds Mondial pour l'Assainissement)	UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
I3N	Initiative « les Nigériens Nourrissent les Nigériens »	UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
INS	Institut National de la Statistique	UNESCO	Organisation des Nations-Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
MEBA	Ministère de l'Education de Base (ancienne appellation du MEP/A/PLN/EC)	UNFPA	United Nation Fund for Population
MEM/S/RS	Ministère des Enseignements Moyen et Supérieur et de la Recherche Scientifique	UNGEI	United Nations Girls' Education Initiative
MEN	Ministère de l'Education Nationale (ancienne appellation du MEP/A/PLN/EC)	UNICEF	United Nations Children's Fund
		WASH	Water, Sanitation and Hygiene
		WSSCC	Water Supply and Sanitation Collaborative Council (Conseil de Concertation pour l'Approvisionnement en Eau et l'Assainissement)







**Entité des Nations-Unies pour l'égalité de genre et
l'autonomisation des femmes (ONU Femmes)
Bureau Régional pour l'Afrique de l'ouest et du centre**

Ngor Virage, Immeuble N°3 SCI Diama, BP 154 Dakar,
Sénégal

Tel: +221 33 869 9970

Fax: +221 33 860 5495

news.waro@unwomen.org

socialmedia.waro@unwomen.org

www.unwomenwestandcentralafrica.com

ONU Femmes

220 East 42nd Street, New York, NY 10017, USA

Tel: +1 646 781 4400

Fax: +1 646 781 4444

www.unwomen.org



**Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et
l'assainissement (WSSCC)
Secrétariat**

15 Chemin Louis-Dunant, 1202 Geneva, Switzerland

Tel: +41 22 560 8181

Fax: +41 22 560 8184

wsscc@wsscc.org

www.wsscc.org